



- HÔTEL-DIEU
- HÔPITAL NOTRE-DAME
- HÔPITAL SAINT-LUC

Poids : _____ kg Taille : _____

Allergie(s) : _____

Aucune connue

Réactions indésirables aux médicaments : _____

DATE	HEURE	Néoplasie Gestationnelle Trophoblastique, stade I,II ou III à bas risque	REQUÊTE	PHARMACIE																																										
		Monothérapie: Méthotrexate ou Dactinomycine																																												
		Laboratoires:																																												
		Bilan de base: FSC, AST/ALT, bilirubine, créatinine, β-HCG																																												
		Avant chaque traitement:																																												
		FSC, AST/ALT, bilirubine, créatinine, β-HCG																																												
		Autres: _____																																												
		Administer les doses prescrites dans les 48 heures en fonction :																																												
		de neutrophiles $\geq 1 \times 10^9$, plaquettes $\geq 75 \times 10^9$, hémoglobine ≥ 85 g/l																																												
		des balises pour la gestion des résultats de biochimie CHUM-ONCO																																												
		Chimiothérapie Nombre de cycles:																																												
		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th style="width: 10%;">Ordre</th> <th style="width: 20%;">Médicament</th> <th style="width: 10%;">Dose mg/m²</th> <th style="width: 5%;">%</th> <th style="width: 15%;">Dose totale (mg)</th> <th style="width: 40%;">Administration</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Methotrexate IM</td> <td>50</td> <td></td> <td></td> <td>en seringue (maximum 100 mg)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Répéter le cycle aux 7 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles</td> </tr> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">OU</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Dactinomycine IV</td> <td>1,25</td> <td></td> <td></td> <td>dans 50 ml de NaCl 0,9% en 15 minutes (maximum 2,5 mg)</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Répéter le cycle aux 14 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles</td> </tr> <tr> <td colspan="6">Modification de doses: <input type="checkbox"/> Hématologie <input type="checkbox"/> Autres: _____</td> </tr> </tbody> </table>	Ordre	Médicament	Dose mg/m ²	%	Dose totale (mg)	Administration	<input type="checkbox"/>	Methotrexate IM	50			en seringue (maximum 100 mg)	Répéter le cycle aux 7 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles						OU						<input type="checkbox"/>	Dactinomycine IV	1,25			dans 50 ml de NaCl 0,9% en 15 minutes (maximum 2,5 mg)	Répéter le cycle aux 14 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles						Modification de doses: <input type="checkbox"/> Hématologie <input type="checkbox"/> Autres: _____							
Ordre	Médicament	Dose mg/m ²	%	Dose totale (mg)	Administration																																									
<input type="checkbox"/>	Methotrexate IM	50			en seringue (maximum 100 mg)																																									
Répéter le cycle aux 7 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles																																														
OU																																														
<input type="checkbox"/>	Dactinomycine IV	1,25			dans 50 ml de NaCl 0,9% en 15 minutes (maximum 2,5 mg)																																									
Répéter le cycle aux 14 jours jusqu'à rémission radiologique et sérologique complète + 2 cycles																																														
Modification de doses: <input type="checkbox"/> Hématologie <input type="checkbox"/> Autres: _____																																														
		Antiémétiques																																												
		<input type="checkbox"/> Antiémétique selon ordonnance collective PHAR.0003 ou																																												
		<input type="checkbox"/> Autres: _____																																												
		Hydratation / Thérapie de soutien																																												
		Hydratation non nécessaire																																												
		Référence: Osborne R. Results of GOG 174. Gynecol Oncol 2008 (Abrégé 2)																																												
		Signature : _____																																												
		Permis no : _____																																												