



ORDONNANCE MÉDICALE

Poids : kg Taille : cm

Surface corporelle (m²) :

Allergies / intolérances : Voir Oacis

Loi de Vanessa - Réaction indésirable grave aux médicaments : composer le 14325

{Patient.NameLFM}

{Admin.Pat_Adr1}

{Admin.Pat_City}, {Admin.Pat_State}

{Ident.IDD}

DDN : {Admin.Birth_Date} ({Admin.Age})

Date de la visite :

{Object.Encounter_Date}

{Ident.IDA}

{Admin.Gender}

{Admin.Pat_Po
stal}

{Admin.Pat_Ho
me_Phone}

SERVICE D'HÉMATO-ONCOLOGIE

Pembrolizumab

Cas de nécessité médicale particulière

Indication

Préciser indication :

- Cas présenté et accepté par comité de pairs (comité des tumeurs)
 Formulaire complété pour demande au comité de pharmacologie via MOSAIQ
(PM EXPRESS : Chimiothérapie : *CdePMed.Particul-T)

Laboratoires

Bilan de base : ECG, Troponines I HS, HBsAg, anti-HBs, anti-HBc, anti-VHC, anti-VIH

Si anti-HBc + : VHB ADN puis q 3 mois

FSC, Biochimie (Ac. Urique, Alb, AST, ALT, Phos Alc, Bili tot, Ca, Créat, Glu (non à jeun), K, Na, LD, Lipase, Mg, Phosphore, Urée), **CK, TSH**

- Dans les 96 heures** ou **AUTRE : Dans les _____ jours avant chaque cycle :**

FSC, Biochimie (Alb, AST, ALT, Bili tot, Ca, Créat, Glu (non à jeun), K, Na), **CK, TSH, lipase**

Administrer dose prescrite selon balises CHUM-ONCO et si : ALT et AST $\leq 3 \times$ limite supérieure normale (LSN), bilirubine totale $\leq 1,5 \times$ LSN, créatinine $\leq 1,5 \times$ LSN ou $\leq 1,5 \times$ valeur de base et CK $\leq 2,5 \times$ LSN.

TSH : ne pas attendre résultat pour donner le traitement, prise en charge sera faite par le médecin traitant.

Prémédication

Dose 1 : aucune

Doses 2 et suivantes : aucune ou

- Si épisode fébrile seulement (> 38°C) lors de perfusion antérieure :**

acétaminophène 650mg po 60 minutes avant la perfusion

- Si réaction légère à modérée lors d'une perfusion antérieure :**

diphenhydramine 50 mg po 60 minutes avant la perfusion

acétaminophène 650 mg po 60 minutes avant la perfusion

Traitement

Médicament	Dose (mg/kg)	Dose (mg)	Administration
Pembrolizumab	<input type="checkbox"/> 2 mg/kg q 3 sem	(max 200 mg)	Dans 50 mL de NaCl 0,9 % IV en 30 minutes (par tubulure avec filtre 0,2 micron)
	<input type="checkbox"/> 4 mg/kg q 6 sem	(max 400 mg)	

- Répéter le cycle aux 21 jours pour _____ cycles

- Répéter le cycle aux 6 semaines pour _____ cycles

Autre :

N.B. : Durée totale maximum : 24 mois

Traitement conditionnel au rendez-vous médical : pour chaque cycle(s) à tous les _____ cycles

APPROUVÉ ÉLECTRONIQUEMENT PAR {OBJECT.SANCT_ID*PNP.FIRST_NAME@M}

{OBJECT.SANCT_ID*PNP.LAST_NAME@M}, {OBJECT.SANCT_ID*PNP.SUFFIX} ({OBJECT.SANCT_ID*PNP.LICENSE})

LE {OBJECT.SANCT_DATE} {OBJECT.SANCT_TIME}



ORDONNANCE MÉDICALE

Poids : kg Taille : cm

Surface corporelle (m²) :

Allergies / intolérances : Voir Oacis

Loi de Vanessa - Réaction indésirable grave aux médicaments : composer le 14325

{Patient.NameLFM}

{Admin.Pat_Adr1}

{Admin.Pat_City}, {Admin.Pat_State}

{Ident.IDD}

DDN : {Admin.Birth_Date} ({Admin.Age})

Date de la visite :

{Object.Encounter_Date}

{Ident.IDA}

{Admin.Gender}

{Admin.Pat_Po
stal}

{Admin.Pat_Ho
me_Phone}

SERVICE D'HÉMATO-ONCOLOGIE

Pembrolizumab

Cas de nécessité médicale particulière

Surveillance

Signes vitaux : avant la perfusion puis aux 30 minutes durant la perfusion;
(plus souvent si réaction) et avant de quitter si première dose.

En cas de réaction d'hypersensibilité

Réaction légère: *rash localisé, prurit léger, flushing*

Diminuer le débit de 50% ad résolution des symptômes puis
compléter la perfusion selon débit prévu initialement

Réaction modérée: *prurit généralisé, flushing, rash, dyspnée,
hypotension (mais PA > 80 mm Hg),*

Arrêter la perfusion, administrer diphenhydramine 50 mg IV x 1 dose et
acétaminophène 650 mg po x 1 dose puis aviser médecin

Si reprise de la perfusion: débiter à 50% du débit prescrit

Si récurrence de réactions durant la perfusion: arrêt définitif de la perfusion
et aviser médecin

Réaction sévère: *bronchospasme, urticaire généralisé, angioédème,
hypotension (PA < 80 mm Hg)*

Arrêter la perfusion, administrer diphenhydramine 50 mg IV x 1 dose et
acétaminophène 650 mg po x 1 dose puis aviser médecin

Selon ordonnance du MD: épinéphrine, bronchodilatateur, corticostéroïde

Réf. : MK-3475 Drug preparation and administration guidance document. Merck. 2013. GEOQ 2017. Rapport PGTM (posologie), Sept 2018

Révision : Mars 2019 (tubulure, dilution) Août 2019 (dose max 200 mg, cas de NMP); Fév 2021 (CdeP, CK, q 6 sem); Juillet 2021
(Vanessa), Juin 2022 (labos)

Commentaires :

--

APPROUVÉ ÉLECTRONIQUEMENT PAR {OBJECT.SANCT_ID*PNP.FIRST_NAME@M}

{OBJECT.SANCT_ID*PNP.LAST_NAME@M}, {OBJECT.SANCT_ID*PNP.SUFFIX} ({OBJECT.SANCT_ID*PNP.LICENSE})

LE {OBJECT.SANCT_DATE} {OBJECT.SANCT_TIME}