|  |
| --- |
| Préparé par l’équipe ***Onco*llabore provincial** du Programme québécois de cancérologie (PQC) du ministère de la Santé et des Services sociaux.  **Mise en garde** : Les meilleurs soins ont été apportés à ces informations qui sont basées sur les données disponibles au moment de leur rédaction. Ne se substitue pas au jugement clinique.  Pour rejoindre l’équipe ***Onco*llabore provincial**, veuillez communiquer à l’adresse suivante : **oncollabore@msss.gouv.qc.ca** |
| **UTILISATION NON INSCRITE À LA LISTE DE MÉDICAMENTS - ÉTABLISSEMENTS**  Le contenu de cette ordonnance est en attente d’approbation par les comités provinciaux |

Indication : Traitement en 3ième intention ou plus du CPPC de stade étendu, ECOG 0-1

Durée prévue du traitement : Jusqu’à progression ou toxicité inacceptable

Cycles de 28 jours : Période de titration : Jours 1, 8 et 15, cycle de 28 jours

Entretien : Jours 1 et 15, cycle de 28 jours (Débuter 2 semaines après la fin de la période de titration)

Une hospitalisation pourrait être requise pour les doses subséquentes en cas de syndrome de libération des cytokines (*« cytokine release syndome »* (CRS)) à la dose précédente

# PLAN DE TRAITEMENT

Date : …………………………… Cycle No : ……………………

(aaaa/mm/jj)

 Nombre de cycles autorisés : ……………………

 Retarder le cycle ……… de : …………………………………………… Raison : ………………………………………………………… Initiales : …………

# **EXAMENS ET TESTS DE LABORATOIRE** (~~raturer~~ pour exclure)

**Tests requis pour la validation pharmaceutique du traitement**

**Jours 1 et 15**

🗸 FSC 🗸 Créatinine 🗸 Na, K, Cl, Mg

🗸 AST, ALT 🗸 Bilirubine totale 🗸 Phosphatase alcaline

🗸 Albumine 🗸 CEA, CA-125 (jour 1 seulement)

# PRÉREQUIS AU TRAITEMENT (~~raturer~~ pour exclure)

**Dans les 48 heures (jours 1 et 15) ou …………………… qui précèdent le traitement (délai applicable en cours de traitement)**

**Jours 1 et 15**

Neutrophiles à 1,0 x 10⁹/L ou ……….. x 10⁹/L et plus, ET plaquettes à 50 x 10⁹/L ou ……….. x 10⁹/L et plus

Si seuil non atteint : Aviser le médecin

# PRÉREQUIS AU TRAITEMENT (suite) (~~raturer~~ pour exclure)

**Une intervention pourrait être requise si :** (Liste non-exhaustive)

DFGe inférieur à 30 ml/min

AST/ALT supérieures à 3 fois la limite supérieure de la normale

Bilirubine totale supérieure à 3 fois la limite supérieure de la normale

# HYDRATATION / SOLUTÉ (~~raturer~~ pour exclure)

Perfuser du NaCl 0,9 % IV en soluté primaire à débit GVO pour l’administration de la médication intraveineuse.

# MÉDICATION PRÉTRAITEMENT (30 à 60 minutes prétraitement) (~~raturer~~ pour exclure)

**Jours 1 et 15**

 **Prochlorpérazine 10 mg** PO

# TRAITEMENT (~~raturer~~ pour exclure)

|  |
| --- |
| Jours 1 et 15⯈ Tarlatamab : **10 mg**  Perfuser IV dans 250 ml de NaCl 0,9 % en 60 minutes. |

# SURVEILLANCE (~~raturer~~ pour exclure)

Prendre les signes vitaux avant la perfusion de **tarlatamab**. Les reprendre 30 minutes après le début de la perfusion, à la fin de la perfusion puis aux 30 minutes pour 90 minutes après la fin de la perfusion.

Prendre les signes vitaux et faire une évaluation neurologique (incluant le score ICE) avant chaque perfusion de **tarlatamab**.

Veuillez-vous référer au guide de prise en charge du syndrome de libération des cytokines (SLC) et du syndrome de neurotoxicités associé aux cellules immunitaires effectrices (SNCIE) du GEOQ.

Durant l’injection de tarlatamab les usagers doivent être sous supervision étroite.

# MÉDICATION ASSOCIÉE (~~raturer~~ pour exclure)

**Médication de soutien**

 **Prochlorpérazine 10 mg** PO OU **Métoclopramide 10 mg** aux 4 heures si nausées.

🗸 **Triméthoprim-sulfaméthoxazole DS 160-800 mg** PO 3 fois par semaine (lundi, mercredi, vendredi) pour la durée du traitement et jusqu’à 3 mois après le dernier cycle de traitement

🗸 **ValACYclovir 500 mg** PO BID pour la durée du traitement et jusqu’à 3 mois après la fin du traitement

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Recommandation pour la reprise des traitements après un délai** | | |
| **Dernière dose administrée** | **Durée du délai depuis la dernière dose administrée** | **Conduite** |
| Dose de 1 mg (période de titration) | 14 jours ou moins | Poursuivre l’administration de tarlamatab telle que prévue |
| Plus de 14 jours | Reprendre la titration de tarlatamab à la dose de 1 mg selon le protocole de titration |
| Dose de 10 mg (période de titration) | 21 jours ou moins | Poursuivre l’administration de tarlamatab telle que prévue |
| Plus de 21 jours | Reprendre la titration de tarlatamab à la dose de 1 mg selon le protocole de titration |
| Dose de 10 mg (période d’entretien) | 28 jours ou moins | Poursuivre l’administration de tarlamatab telle que prévue |
| Plus de 28 jours | Reprendre la titration de tarlatamab à la dose de 1mg selon le protocole de titration |

Nom du pharmacien communautaire N° de téléphone

Transmission : \_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_ \_\_\_\_\_ :\_\_\_\_\_

N° de télécopieurTélécopié par Date (aaaa/mm/jj) Heure (hh :mm)

**Médication de soutien**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | Antiémétique au besoin si nausées :  □ **Prochlorpérazine (10 mg/co)**    1 co PO q 4 h PRN si nausées  OU  □ **Métoclopramide (10 mg/co)**    1 co PO q 4 h PRN si nausées | Qté : 30 | Ren : 1 an |
|  | **Triméthoprim-sulfaméthoxazole DS (160-800 mg/co)**    1 co PO 3 fois par semaine (lundi, mercredi et vendredi) pour la durée du traitement et jusqu’à 3 mois après le dernier cycle de traitement | Qté : 12 | Ren : 1 an |
|  | **ValACYclovir (500 mg/co)** 1 co PO BID pour la durée du traitement et jusqu’à 3 mois après le dernier cycle de traitement | Qté : 60 | Ren : 1 an |
|  | Autre : ………………………………………………………………………………………………. | Qté : ……… | Ren : ………. |