|  |
| --- |
| 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 : 1 cycle (3 doses) puis voir ordonnance Tarlatamab Entretien

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

\*Prévoir une hospitalisation d’au moins 48 heures pour l’administration des 2 premières doses de tarlatamab (jours 1 et 8)

\*\* Prévoir une hospitalisation d’au moins 24 heures pour l’administration de la dose de tarlatamab du jour 15.

# 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**

**Bilan de base et du jour 1**

🗸FSC 🗸 Créatinine 🗸 Na, K, Cl, Mg

🗸 Calcium 🗸 Phosphore 🗸 Albumine

🗸 AST, ALT 🗸 Bilirubine totale 🗸 Phosphatase alcaline

 Glycémie aléatoire  LDH  Acide urique

🗸 CEA, CA-125

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

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

**Jours 8 et 15**

 FSC  Créatinine  Na, K, Cl, Mg

 Albumine  AST, ALT  Bilirubine totale

 Phophatase alcaline

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

**Dans les 48 heures (jour 8) ou …………………… qui précèdent le traitement (délai applicable en cours de traitement)**

**Jour 1**

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

**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 8**

 **Dexaméthasone 8 mg** IV

**Jour 15**

 **Prochlorpérazine 10 mg** PO

# TRAITEMENT (~~raturer~~ pour exclure)

|  |
| --- |
| Jour 1⯈ Tarlatamab : **1 mg**  Perfuser IV dans 250 ml de NaCl 0,9 % en 60 minutes. Jours 8 et 15⯈ Tarlatamab : **10 mg**  Perfuser IV dans 250 ml de NaCl 0,9 % en 60 minutes. |

# HYDRATATION /SOLUTÉ POST-TRAITEMENT (~~raturer~~ pour exclure)

**Si hospitalisation**

Perfuser du NaCl 0,9 % IV à 250 mL/h pendant 4 heures (total 1 litre)

# SURVEILLANCE (~~raturer~~ pour exclure)

Prendre les signes vitaux avant chaque injection de **tarlatamab**, puis aux 4 heures pendant 48 heures après la dose du jour 1 et 8 et 24 heure après la dose du jour 15.

Faire une évaluation neurologique et score ICE avant l’injection de **tarlamab** puis aux 8 heures pendant l’hospitalisation.

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 la fin du 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 1 mg 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 la fin du 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 la fin du traitement | Qté : 60 | Ren : 1 an |
|  | Autre : ………………………………………………………………………………………………. | Qté : ……… | Ren : ………. |