



PLAN DE TRANSFERT
THÉRAPIE ANTICANCÉREUSE PAR VOIE ORALE

SUIVI PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE PAR LES PHARMACIENS DU
SECTEUR PRIVÉ

CAPÉCITABINE

Note : Les pharmaciens de la clinique externe d'oncologie de l'Hôpital du Sacré-Cœur de Montréal n'effectuent pas de suivi d'emblée, mais nous demeurons disponibles sur demande. Pour tout problème ou effet secondaire non contrôlé, contactez-nous du lundi au vendredi entre 8h00 et 16h00 (Voir section COORDONNÉES).

INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT

Indication :	<input type="checkbox"/> Cancer du sein	<input type="checkbox"/> Cancer colorectal	<input type="checkbox"/> _____
Traitement :	<input type="checkbox"/> Capécitabine 14/21 jours	<input type="checkbox"/> pour _____ cycles	<input type="checkbox"/> jusqu'à progression ou toxicité inacceptable
	<input type="checkbox"/> Capécitabine les jours de radiothérapie seulement		
Début du traitement :	<input type="checkbox"/> d'ici 1 semaine	<input type="checkbox"/> selon date de début de la radiothérapie	<input type="checkbox"/> _____
Enseignement par la pharmacie d'oncologie :	<input type="checkbox"/> Fait	<input type="checkbox"/> Planifié date : _____	<input type="checkbox"/> Non fait
Analyse des interactions médicamenteuses :	<input type="checkbox"/> Faite	<input type="checkbox"/> Non faite	
Gestion des interactions :	_____		

**SVP valider compréhension du patient
SVP vérifier selon votre dossier**

SUIVI D'ANALYSES DE LABORATOIRE RECOMMANDÉ

Avant d'initier le traitement : Génotypage enzyme DPYD
En présence d'une variation génétique, se référer à l'outil clinique développé par l'INESSS :- Statut DPYD et risque de toxicités sévères des chimiothérapies à base de 5-FU et capécitabine. Disponible : <https://www.inesss.qc.ca/fileadmin/doc/INESSS/Rapports/Oncologie/Outil-clinique-DPYD.pdf>

Patient devrait avoir en sa possession une requête d'analyses de laboratoire RÉUTILISABLE et VALIDE 6 MOIS remise par son médecin

- **Avant chaque cycle** (maximum 72h pré-traitement) : FSC, créat, AST/ALT, bili

S'assurer que le patient a été avisé des résultats et autorisé à débiter un cycle de traitement. Si le patient n'a pas effectué la prise de sang, vous pouvez lui demander d'en faire une en utilisant la requête en sa possession (délai d'environ 24h pour apparition des résultats au DSQ)

BARÈMES DE FONCTION HÉMATOLOGIQUE À RESPECTER POUR POURSUITE DU TRAITEMENT (avant le jour 1 du cycle)

Neutrophiles absolus	<input type="checkbox"/> $\geq 1,5 \times 10^9/L$	ou	<input type="checkbox"/> \geq _____ $\times 10^9/L$	Plaquettes	<input type="checkbox"/> $\geq 75 \times 10^9/L$	ou	<input type="checkbox"/> \geq _____ $\times 10^9/L$
----------------------	---------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------	------------	--------------------------------------------------	----	-------------------------------------------------------

PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES À SURVEILLER (LISTE NON EXHAUSTIVE)

Syndrome palmo-plantaire (mains-pieds)	
Prévention : <ul style="list-style-type: none">- Éviter vêtements et souliers serrés, ainsi que les activités pouvant causer un traumatisme (friction, exercices vigoureux) aux mains et aux pieds.- Éponger les mains plutôt que de les frotter. Éviter l'eau chaude. Porter des gants de caoutchouc pour laver la vaisselle.- Application d'une crème hydratante sans parfum BID sur mains et pied. Port de gants et chaussettes en coton.	Traitement : <ul style="list-style-type: none">- Crème de lanoline ou crème avec urée 10% +hydrocortisone 1%. <i>SVP nous contacter si patient n'a pas d'ordonnance valide à son dossier.</i> Référence requise si : <ul style="list-style-type: none">- Aggravation malgré traitement topique : Nous contacter- Douleur ou atteinte interférant avec activités quotidiennes, apparition de cloques, desquamation, ulcération, enflure : Nous contacter.
Myélosuppression Recommander les mesures de prévention des infections Référence requise si : <ul style="list-style-type: none">- Fièvre $\geq 38^\circ C$ x 1h ou $>38,3^\circ C$: SE PRÉSENTER À L'URGENCE- Symptômes d'infection sans fièvre (toux, maux de gorge, brûlure mictionnelle, etc.) : Nous contacter ou SE PRÉSENTER À L'URGENCE.- Saignement ou symptômes d'anémie (fatigue importante, essoufflement, etc) : Nous contacter ou SE PRÉSENTER À L'URGENCE.	Nausée et vomissements Potentiel émetissant faible. Nausées habituellement légères à modérées. Traitement : Pochlorpérazine, métoclopramide ou dimenhhydrinate PRN (prendre 30 minutes avant médicament si nausées fréquentes). <i>SVP nous contacter si patient n'a pas d'ordonnance valide à son dossier.</i> Référence requise si : <ul style="list-style-type: none">- Nausées intolérables pour le patient, perte d'appétit: Nous contacter- Déshydratation ou incapacité à s'alimenter/boire x 24 hres : URGENCE
Diarrhées Traitement <ul style="list-style-type: none">- Favoriser une hydratation suffisante.- Si atteinte légère (moins de 4 selles molles/jour) à modérée (4 à 6 selles molles/jour ou diarrhée nocturne) : Lopéramide 2 cos stat puis 1 co après chaque selle liquide (ad 8 cos/jour). Référence requise si : <ul style="list-style-type: none">- Diarrhée qui ne s'atténue pas après 24 hres de traitement : Nous contacter- Diarrhée sévère (> 7 selles molles/jour), sang dans les selles, fièvre, altération de l'état de conscience, déshydratation, douleur abdominale sévère : SE PRÉSENTER À L'URGENCE	Stomatite / ulcères buccaux Prévention : Bonne hygiène buccale + gargarisme avec une préparation de sel et/ou de bicarbonate de soude (1/2 cuillère à thé de chaque ingrédient dans 1 tasse d'eau tiède) ou gargarisme commercial sans alcool au moins QID après les repas. Éviter de manger dans l'heure suivante. Traitement : Cocktail Sacré-Cœur. <i>SVP nous contacter si patient n'a pas d'ordonnance valide à son dossier.</i> Référence requise si : Atteinte douloureuse ou limitant capacité de manger ou boire et/ou présence de signes d'infection

INTERVENTIONS RÉALISÉES / COMMENTAIRES ADDITIONNELS

RÉFÉRENCES SUGGÉRÉES

GEOQ (inscription gratuite) <https://geoq.info/> Cancer Care Ontario <https://www.cancercareontario.ca/fr> BC Cancer Agency <https://www.bccancer.bc.ca/>

COORDONNÉES DE L'ÉQUIPE MULTIDISCIPLINAIRE

Médecin traitant :	Pharmacien :	Infirmière pivot :
N° de permis :	N° de permis :	Tél : 514-338-2222 # _____

PHARMACIE D'ONCOLOGIE DE L'HÔPITAL SACRÉ-CŒUR TÉL : 514-338-2176 FAX : 514-338-3551

Rédaction : août2022. Préparé par le département de pharmacie du CIUSSS du Nord-de-l'île-de-Montréal.