



PLAN DE TRANSFERT  
THÉRAPIE ANTICANCÉREUSE PAR VOIE ORALE  
SUIVI PHARMACOTHÉRAPEUTIQUE PAR LES PHARMACIENS  
COMMUNAUTAIRES

TRAITEMENT : \_\_\_\_\_

**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).

<b>INFORMATIONS RELATIVES AU TRAITEMENT</b>	
Indication : <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> Traitement adjuvant (curatif) <input type="checkbox"/> Traitement palliatif
Traitement : <input type="checkbox"/> En continu <input type="checkbox"/> Cyclique ____/____ jours	
<input type="checkbox"/> Pour ____ mois <input type="checkbox"/> Pour ____ cycles	<input type="checkbox"/> jusqu'à progression ou toxicité inacceptable
Début du traitement : <input type="checkbox"/> d'ici 1 semaine <input type="checkbox"/> _____	
Démarches de remboursement complétées : <input type="checkbox"/> RAMQ <input type="checkbox"/> Assurances privées <input type="checkbox"/> Autres : _____	
Inscription à un programme de la compagnie : <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Oui programme : _____	
Enseignement par la pharmacie d'oncologie : <input type="checkbox"/> Fait <input type="checkbox"/> Planifié date : _____ <input type="checkbox"/> Non fait	<b>SVP valider compréhension du patient</b> <b>SVP vérifier selon votre dossier</b>
Analyse des interactions médicamenteuses : <input type="checkbox"/> Faite <input type="checkbox"/> Non faite	
Gestion des interactions : _____	

**SUIVIS RECOMMANDÉS**

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 96h pré-traitement) :  FSC  créat  AST/ALT  bili  ALP  Na, K, Cl, Mg  TSH  glycémie  analyse d'urine   $\beta$ -hcg  
**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)**

Lors de la visite médicale :  FSC  créat  AST/ALT  bili  ALP  Na, K, Cl, Mg  TSH  glycémie  analyse d'urine  
**S'assurer que le patient effectue les analyses régulièrement et qu'il est gardé au courant des résultats.**

Tension artérielle (régulièrement) viser TA  $\leq$  140/90 mmHg OU TA  $\leq$  \_\_\_\_/\_\_\_\_

Glycémies (régulièrement) viser les valeurs recommandées qui sont reconnues dans la littérature

ECG (fréquence selon protocole) **(suivi de l'ECG pris en charge par l'équipe multidisciplinaire à l'Hôpital Sacré-Cœur)**

**BARÈMES DE FONCTION HÉMATOLOGIQUE À RESPECTER POUR POURSUITE DU TRAITEMENT (avant le jour 1 du cycle, si prise cyclique)**

Neutrophiles **absolus**   $\geq 1,5 \times 10^9/L$  ou   $\geq$  \_\_\_\_  $\times 10^9/L$   Plaquettes   $\geq 100 \times 10^9/L$  ou   $\geq$  \_\_\_\_  $\times 10^9/L$

**Aucun barème**

**PRINCIPAUX EFFETS INDÉSIRABLES À SURVEILLER (LISTE NON EXHAUSTIVE)**

<input type="checkbox"/> <b>Myélosuppression</b> Recommander les mesures de prévention des infections Référence requise si : - Fièvre $\geq 38^\circ C$ x 1h ou $>38,3^\circ C$ : <b>SE PRÉSENTER À L'URGENCE</b> - Symptômes d'infection sans fièvre (toux, maux de gorge, brûlure mictionnelle, etc.) : Nous contacter ou <b>SE PRÉSENTER À L'URGENCE</b> selon sévérité. - Saignement ou symptômes d'anémie (fatigue importante, essoufflement, etc) : Nous contacter ou <b>SE PRÉSENTER À L'URGENCE</b> selon sévérité.	<input type="checkbox"/> <b>Nausées et vomissements</b> Potentiel émetissant : <input type="checkbox"/> faible <input type="checkbox"/> modéré <input type="checkbox"/> élevé Traitement : <input type="checkbox"/> Prochlorpérazine, métoclopramide, ou dimenhhydrinate PRN (prendre 30 minutes avant médicament si nausées fréquentes). <input type="checkbox"/> Prochlorpérazine, métoclopramide ou sétron 30 minutes avant le traitement et PRN Une ordonnance d'antiémétiques devrait vous avoir été transmise. Référence requise si : - Nausées intolérables pour le patient, perte d'appétit: Nous contacter - Déshydratation ou incapacité à s'alimenter/boire x 24 hrs : <b>URGENCE</b>		
<input type="checkbox"/> Constipation <input type="checkbox"/> Diarrhée <input type="checkbox"/> Dyslipidémie <input type="checkbox"/> Élévation de la créatinine <input type="checkbox"/> Élévation des AST/ALT <input type="checkbox"/> Éruptions cutanées <input type="checkbox"/> Fièvre médicamenteuse (non liée à une infection) <input type="checkbox"/> Hyperbilirubinémie	<input type="checkbox"/> Hypertension <input type="checkbox"/> Hypothyroïdie <input type="checkbox"/> Infections <input type="checkbox"/> Myalgies / arthralgies <input type="checkbox"/> Neuropathies périphériques <input type="checkbox"/> Paronychies (inflammation peau autour des ongles) <input type="checkbox"/> Photosensibilité	<input type="checkbox"/> Prolongation intervalle QT <input type="checkbox"/> Protéinurie <input type="checkbox"/> Saignements <input type="checkbox"/> Stomatite / ulcères buccaux <input type="checkbox"/> Syndrome palmo-plantaire <input type="checkbox"/> Retard de guérison des plaies <input type="checkbox"/> Rétention liquidienne <input type="checkbox"/> Troubles visuels	<input type="checkbox"/> Thromboembolies ( <input type="checkbox"/> Thromboprophylaxie indiquée pour toute la durée du traitement) <input type="checkbox"/> Autres : _____ _____ _____ _____
<b>D'autres effets indésirables sont possibles et ne sont pas listés ici.</b> <b>Veillez vous référer à la monographie du produit ou encore aux guides d'administrations accessibles dans les références suggérées pour en savoir davantage sur la prévention et la gestion des différents effets indésirables de ce traitement.</b>			

**INTERVENTIONS RÉALISÉES / COMMENTAIRES ADDITIONNELS :**

**RÉFÉRENCES SUGGÉRÉES**

Groupe d'étude en oncologie du Québec (inscription gratuite) <https://geoq.info/> BC Cancer Agency <https://www.bccancer.bc.ca/>  
Guide OnCible (inscription gratuite) <https://ontargetonco.com/fr> Cancer Care Ontario <https://www.cancercareontario.ca/fr>

**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