

Ce document a pour but de répertorier les éléments dont la traçabilité doit être assurée concernant la pré-administration et l'administration des Traitement Médicamenteux Systémique du Cancer à domicile.

## 1. Evaluation pré-administration

### Volet administratif

N° cure .....

Date .....

Nom IDE .....

### Paramètres à recueillir

Tension artérielle (mmHg) .....

Fréquence cardiaque (bpm) .....

Température (°C) .....

Pics fébriles : ☐ oui ☐ non Combien ..... Quand .....

### Évaluation de la douleur

Echelle Numérique .....

Localisation des douleurs .....

Traitements antalgiques ☐ oui ☐ non Le(s)quel(s) .....

### Alimentation

Appétit ☐ faible ☐ moyen ☐ normal

Poids(kg) .....

ENI ..... /10

CNO : ☐ oui ☐ non

### Grade OMS de toxicité des anticancéreux

GRADE	0	1	2	3	4
Score OMS	Capable d'une activité identique à celle précédant la maladie, sans aucune restriction	Activité physique diminuée mais ambulatoire et capable de mener un travail	Ambulatoire et capable de prendre soin de soi, incapable de travailler. Alité moins de 50 % de son temps	Capables de seulement quelques soins personnels. Alité ou en chaise plus de 50 % du temps	Incapable de prendre soin de lui-même, alité ou en chaise en permanence
Nausées, vomissements	Absence	Nausées	Vomissements transitoires	Vomissements nécessitant un traitement antiémétique	Vomissements incoercibles
Diarrhées	Absence	Transitoire < 2 jours	Tolérable > 2 jours	Intolérable demandant traitement	Hémorragies - Déshydratation
Constipation	Aucune	Minime	Modérée	Sub occlusion	Occlusion
Neuropathie périphérique	Absence	Paresthésies et/ou diminution des réflexes ostéo-tendineux	Paresthésies sévères et/ou faiblesse modérée	Paresthésies intolérables et/ou diminution importante de la force musculaire	Paralysie
État cutané	Sans changement	Érythème	Desquamation, Vésicules, Prurit	Suitement, Desquamation, Ulcération	Dermatite exfoliative, Nécrose appelant à une exérèse
Hémorragie Localisation :	Absence	Pétéchies .....	Modérée .....	Moyenne .....	Importante .....

## Autres symptômes

**Besoins** : sociaux .....  
psychologiques .....

## Examens-RDV prévus :

Dates des prochains RDV .....

Ambulance à prévoir ☐ oui ☐ non

Prochain RDV médecin traitant .....

## 2. Recueil données cliniques à l'administration

### Volet administratif

Numéro et jour de la cure .....

Date .....

Nom IDE .....

### Paramètres à recueillir :

Score OMS .....

TA (mmHg) .....

FC (bpm) .....

Température (°C) .....

Poids (kg) .....

### Événements en inter cure :

Hyperthermie ☐ oui ☐ non

Épisode infectieux ☐ oui ☐ non

Antibiothérapie ☐ oui ☐ non

Nom antibiotique .....

Dyspnée ☐ oui ☐ non

Toux ☐ oui ☐ non

OMI ☐ oui ☐ non

Réaction cutanée aux points d'injection ☐ oui ☐ non

Autres .....

### Traitements et RDV

Modification traitement en inter cure ☐ oui ☐ non

RDV échographie cardiaque .....

RDV en HDJ .....

### Performans status de l'OMS :

OMS 0 : activité physique intacte - efforts possible sans limitation

OMS 1 : réduction des efforts physiques - autonomie complète

OMS 2 : personne encore autonome - se fatigue facilement - alité moins de 50% du temps

OMS 3 : capacités réduites à quelques activités - alité plus de 50% du temps

OMS 4 : dépendance totale - alité en permanence

## 3. Traçabilité Administration

Numéro de cure					
Date					
Heure d'enlèvement à la pharmacie hospitalière (cf bon de transport)					
Heure de sortie des seringues du conteneur adapté (rappel possible de la durée de conservation dans le conteneur et à quelle température)					
Traceur de température : OK ?	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>	oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/>
Heure d'injection (avec le temps minimum)					
Signature du soignant					

Indication des sites d'injection sur silhouette type :

