Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, Prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa-mm-jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa-mm

Nom, Prénom de la mère : _____

DÉCLARATION ET SUIVI POST EXTRAVASATION D'UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

ÉVÉNEMENT

Constatation de l'extravasation :

Date : _____ aaaa/mm/jj _____ Heure : _____ hh:mm _____

☐ Durant l'administration ☐ Immédiatement après l'administration

☐ _____ heures après l'administration ☐ _____ jours après l'administration

Nom de la personne qui a constaté l'extravasation : _____

Date de l'extravasation : _____ aaaa/mm/jj _____

DISPOSITIF D'ACCÈS VEINEUX (DAV)

Date d'installation : _____ aaaa/mm/jj _____ ☐ Inconnue

DAV : ☐ Périphérique court → Calibre : _____ G

☐ Central tunnellisé

☐ Central non tunellisé (jugulaire, sous-claviaire, fémorale)

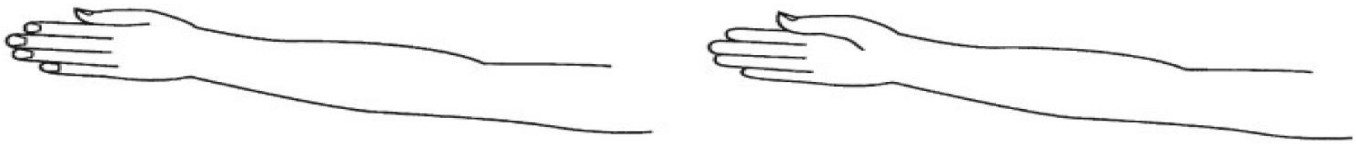
☐ Central inséré par voie périphérique (PICC Line)

☐ Central sous-cutané (chambre implantable ou Port-a-Cath) → Longueur de l'aiguille de Huber : _____ po

SITE DE LA PONCTION

☐ Bras gauche ☐ Bras droit ☐ Poignet ☐ Avant-bras ☐ Pli du coude ☐ Dos de la main

☐ Autre : _____



SÉQUENCE D'ADMINISTRATION

	Quantité	Nom du médicament	Volume	
1.	mg		dans mL	☐ Extravasculaire
2.	mg		dans mL	☐ Extravasculaire
3.	mg		dans mL	☐ Extravasculaire
4.	mg		dans mL	☐ Extravasculaire
5.	mg		dans mL	☐ Extravasculaire

Volume estimé de l'extravasation : _____ mL (approximatif)

Type d'administration : ☐ IV ☐ Perfusion par gravité ☐ Pompe à perfusion ☐ Bolus

Nom : Prénom : #Dossier :

APPARENCE et SYMPTÔMES

Apparence du site : _____

_____

Symptômes présentés par l'usager : _____

_____

Dimension de la zone touchée : _____ cm X _____ cm

Site encerclé : ☐ Oui ☐ Non Photo prise : ☐ Oui ☐ Non

MESURES

Aspiration de l'agent antinéoplasique : ☐ Par cathéter en place ☐ Par aiguille sous-cutanée

Quantité aspirée : _____ mL

Compresse froide : ☐ Oui ☐ Non

Compresse tiède : ☐ Oui ☐ Non

Antidote administré : ☐ Oui ☐ Non Si oui, préciser : Nom de l'antidote : _____

Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm

Mesures additionnelles : _____

_____

☐ Rapport de déclaration d'incident ou d'accident rédigé

FACTEURS DE RISQUE

Facteurs de risque pouvant influer sur la cicatrisation des plaies (ex. : diabète)

_____

_____

INFORMATION ET DIRECTIVES À L'USAGER

Date : aaaa/mm/jj

Fiche d'information remise : ☐ Oui ☐ Non Préciser : ☐ Extravasation d'un agent antinéoplasique

☐ Dexrazoxane

☐ Diméthylsulfoxyde (DMSO)

☐ Hyaluronidase/ Amphadase

☐ Autre : _____

Consultation chirurgicale : ☐ Oui ☐ Non *Si oui, préciser* : Date : aaaa/mm/jj

Nom du médecin avisé : _____

Nom du pharmacien avisé : _____

Nécessite un suivi : ☐ Oui ☐ Non *Si oui, se référer au « Tableau de suivi » à la page 3*

Prochain suivi : Date : aaaa/mm/jj Heure : hh:mm

Documenté par : _____

Nom et prénom en lettres moulées

Signature et titre : _____ Date : aaaa/mm/jj

Source : https://www.inesss.qc.ca/publications/repertoire-des-publications/publication/guide-de-prise-en-charge-de-lextravasation-associee-aux-traitements-antineoplasiques.html

Nom : Prénom : #Dossier :

Consigne : Se référer à l'échelle de gradation au verso.

TABLEAU DE SUIVI DE L'EXTRAVASATION PAR UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE									
Jour	**1**	**3**	**5**	**7**	**14**	**21***	**28***	**35***	**42***
Date	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj	aaaa/mm/jj
Caractéristiques									
Visite ou rappel téléphonique									
Couleur de la peau									
Apparence, intégrité de la peau									
Température de la peau									
Œdème									
Mobilité									
Douleur									
Fièvre (°C)									
Initiales de l'infirmière									
Niveau (voir échelle de gradation)									
Commentaires									

* Les jours 21, 28, 35 et 42 peuvent être omis en cas de régression des symptômes.

Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales	Signature et titre	Initiales

ÉCHELLE DE GRADATION DE L'EXTRAVASATION D'UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE					
	Niveau 0	**Niveau 1**	**Niveau 2**	**Niveau 3**	**Niveau 4**
Couleur de la peau	normale	rose	rouge	centre décoloré rouge au pourtour	noirâtre
Intégrité de la peau	normale	cloques	perte de peau superficielle	perte de peau jusqu'au tissu sous-cutané	nécrose, muscles et os apparents
Température de la peau	normale	tiède	chaude		
Œdème	absent	œdème	œdème à godet		
Mobilité	complète	légèrement limitée	très limitée	immobilité	
Douleur	Échelle de 0 à 10 (où 0 = absence de douleur et 10 = douleur maximale imaginable)				
Fièvre	Noter la température maximale au cours des 24 dernières heures				

Sources : BCCA, 2016; Cancer Institute NSW, 2015; EONS, 2007.