

# FEUILLE DE SUIVI – EXTRAVASATION PAR UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

Cette feuille de suivi est tirée du [Guide de prise en charge de l'extravasation associée aux traitements antinéoplasiques](#).

Date

Prénom

Nom

## DOCUMENTATION DE L'EXTRAVASATION PAR UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

Date de l'incident:

AAAA	MM	JJ

Moment de la constatation de l'extravasation :

Date:

Heure:

Durant l'administration

Immédiatement après l'administration

heures après l'administration

jours après l'administration

Nom de la personne qui a constaté l'extravasation :

Dispositif d'accès veineux (DAV) :

Date d'installation  
(si disponible):

AAAA	MM	JJ

DAV  périphérique court

central inséré par voie périphérique (PICC Line)

central tunnellisé

central sous-cutané (chambre implantable ou Port-a-Cath<sup>MD</sup>)

central non tunnellisé (jugulaire, sous-claviaire, fémorale)

Calibre:  G

Longueur de l'aiguille de Huber  
(si applicable):

Site de la ponction :

Bras droit

Avant-bras

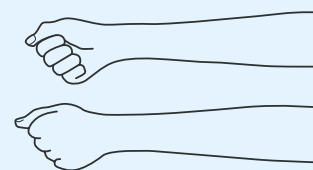
Poignet

Bras gauche

Dos de la main

Pli du coude

Autre:



Séquence d'administration :

	MÉDICAMENT	QUANTITÉ (mg)	VOLUME (ml)		Volume estimé de l'extravasation (ml) :
1	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Extravasculaire	<input type="text"/> (approximatif)
2	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Extravasculaire	Type d'administration : <input type="checkbox"/> Bolus <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Perfusion par gravité <input type="checkbox"/> Pompe à perfusion
3	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Extravasculaire	
4	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Extravasculaire	
5	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/> Extravasculaire	

**Apparence du site :**
  

Site encerclé:  oui  nonPhoto prise:  oui  non**Symptômes présentés par le patient :**


Dimension de la zone touchée (cm) :

 × 
**Mesures :**Aspiration de l'agent antinéoplasique par:  cathéter en place  aiguille sous-cutanéeQuantité aspirée (ml): Compresse froide:  oui  nonCompresse tiède:  oui  nonAntidote administré:  oui  non

Si oui, nom de l'antidote:

Date:

  
AAAA MM JJ

Heure:

Mesures additionnelles :

Rapport de déclaration d'incident/d'accident rédigé:  oui  non**Facteur(s) de risque pouvant influencer la cicatrisation des plaies (p. ex. : diabète) :**
  

**Information et instruction au patient :**Date:   
AAAA MM JJFiche d'information remise:  oui  nonConsultation chirurgicale:  oui  non

Si oui, indiquez la date:

  
AAAA MM JJ

Nom du médecin avisé:

Nom du pharmacien avisé:

Nécessite un suivi:  oui  non

Si oui, date du prochain suivi :

  
AAAA MM JJ

Heure:

Documenté par :

Date:

  
AAAA MM JJ

Signature du professionnel de la santé :

# SUIVI DE L'EXTRAVASATION PAR UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

Prénom


Nom

Date

Statut post extravasation	JOUR 1	JOUR 3	JOUR 5	JOUR 7	JOUR 14	JOUR 21*	JOUR 28*	JOUR 35*	JOUR 42*
Date									
Initiales de l'infirmière									
Se référer à l'échelle de gradation à la page suivante. <a href="#">↩</a>									
<b>Caractéristiques</b>									
Visite /relance téléphonique									
Couleur de la peau									
Apparence /intégrité de la peau									
Température de la peau									
Cedème									
Mobilité									
Douleur									
Fièvre (°C)									
Commentaires									

\* Peut être omis si régression des symptômes.

## ÉCHELLE DE GRADATION DE L'EXTRAVASATION PAR UN AGENT ANTINÉOPLASIQUE

	GRADE 0	GRADE 1	GRADE 2	GRADE 3	GRADE 4						
<b>Couleur de la peau</b>	Normale	Rose	Rouge	Centre décoloré rouge au pourtour	Noirâtre						
<b>Intégrité de la peau</b>	Normale	Cloques	Perte de peau superficielle	Perte de peau jusqu'au tissu sous-cutané	Nécrose, muscles et os apparents						
<b>Température de la peau</b>	Normale	Tiède	Chaude	—	—						
<b>Œdème</b>	Absent	Œdème	Œdème à godet	—	—						
<b>Mobilité</b>	Complète	Légèrement limitée	Très limitée	Immobile	—						
<b>Douleur</b> 0 = absence de douleur 10 = douleur maximale imaginable	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
<b>Fièvre</b> Température maximale des 24 dernières heures											

Sources : [BCCA, 2016] [Cancer Institute NSW, 2015] [EONS, 2007]