

FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (3/4)

(sachet MARRON - 9h à 17h30 du Lundi au Vendredi)

<p>NIP</p> <p>Nom :</p> <p>Nom Jeune Fille :</p> <p>Prénom :</p> <p>DDN :/...../..... Sexe :</p>	<p style="text-align: center;">Etiquette UH</p>	<p style="text-align: center;">Prescripteur Code APH</p> <p>Nom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Tél :</p> <p>Mail :</p>	<p style="text-align: center;">Préleveur</p> <p>Nom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Tél :</p>
---	---	---	---

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

<input type="checkbox"/> Surveillance thérapeutique <input type="checkbox"/> Inefficacité du traitement <input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance <input type="checkbox"/> Malabsorption intestinale <input type="checkbox"/> Résistance <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse (à préciser) : _____ <input type="checkbox"/> Epuración extra-rénale : mode : _____ ; Dernière le ___/___/___ à ___h durée : _____ Poids : _____ kg	<input type="checkbox"/> Co-infection VIH, VHC, VHB etc. <input type="checkbox"/> Survenue d'effets indésirables (à préciser) :	<p style="text-align: center;">MILIEU</p> <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres _____
<input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale		<input type="checkbox"/> URGENCE
Clairance (DFG) : _____ Date limitée ou modification de traitement : ___/___/___		

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)

□ □ / □ □ / □ □

Heure (HH/MM)

□ □ : □ □

Nom du composé à doser :

Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :

IMMUNOSUPPRESSEURS (Tube EDTA)

<input type="checkbox"/> Cyclosporine (réalisé le samedi et le dimanche) <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> Tacrolimus (réalisé le samedi et le dimanche) <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> Evérolimus CERTICAN® <input type="checkbox"/> Sirolimus RAPAMUNE® <input type="checkbox"/> Mycophénolate (MPA) CELLCEPT® <input type="checkbox"/> Cinétique de MPA : _____ Immunosuppresseur associé : _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h	
---	---	--

Grefe

T20 à ___h

T60 à ___h

T180 à ___h

Date de greffe : ___/___/___

Lupus

T40 à ___h

T120 à ___h

T180 à ___h

DIVERS (Tube héparinate de lithium sans gel)

<input type="checkbox"/> Amiodarone CORDARONE® <input type="checkbox"/> Clozapine et métabolite norclozapine LEPONEX® <input type="checkbox"/> Flecainide FLECAINE® <input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine PLAQUENIL® <input type="checkbox"/> Ropivacaïne NAROPEINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____	
--	--	--

Médicaments dosés au Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie des HUPNVs

Adresse postale : 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18 Tél. : 01.40.25.84 54 Fax : 01.40.25.88.12

Adresse de livraison : 17 rue du Pasteur Valéry Radot - **Porte 7** - 75018 PARIS (UNIQUEMENT du lundi au vendredi de 9h à 17h30) **(-2)**

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat.		<input type="checkbox"/> Sachet Noir
Type et nombre de prélèvements reçus :		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa
Non-conformité critique <input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s) <input type="checkbox"/> Discordance Ech/Prescription <input type="checkbox"/> Echantillon(s) manquant(s) <input type="checkbox"/> Contenant non adapté <input type="checkbox"/> Echantillon(s) accidenté(s)	Tel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres NC Critique	Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa
<input type="checkbox"/> Si Pré-traitement : <input type="checkbox"/> Centrifugation <input type="checkbox"/> Décantation <input type="checkbox"/> Pas de pré-traitement <input type="checkbox"/> Conservation avant envoi <input type="checkbox"/> TA <input type="checkbox"/> 2 à 8°C <input type="checkbox"/> - 20°C		
Pres. Abs. Prel. Abs. UHabs Cond. trans Tub + Autres		

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédaquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfidérol FETCROJA® Céfépime AXEPIAM® Céftaxime CLAFORAN® Céfoxitine MEFOXEN® Ceftazidime FORTUM® Ceftriaxone ROCEPHINE® Céfuroxime ZINNAT® Ciprofloxacine CIFLOX® Clarithromycine ZECLAR® Clindamycine DALACINE® Clofazimine LAMPRENE® Cloxacilline ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycine CUBICIN® Délamanide et métabolite DELTYBA® Ertapénem INVANZ® Ethambutol MYAMBUTOL® Ethionamide TRECATOR® Impépénem TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropénem MERONEM® Moxifloxacine IZIOX® Ofloxacine OFLOCEP® Oxacilline BRISTOPEN® Para amino salicylate PAZER® Pipéracilline Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Prétomanide (PA-824) Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Sulfadiazine ADIAZINE® Sulfaméthoxazole/Triméthoprime BACTRIM® Tedizolide SIVEXTRO®	3TC+ABC KIVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZIAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bictégravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotégravir (CAB) VOCABRIA® Darinavir (DRV) PREZISTA® Dolutégravir (DTG) TIVICAY® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DELSTRIGO® DTG+3TC DOVATO® DTG+RPV JULUCA® Efavirenz (EFV) SUSTIVA® Elvitégravir/cobicistat (EVG/COBI) Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® Enfuvirtide (T20) FUZEON® Etravirine (ETR) INTELENCE® EVG+COBI+TAF+FTC GENVOYA® EVG+COBI+TDF+FTC STRIBILD® FTC + TDF TRUVADA® FTC+TAF+RPV ODEFSEY® FTC+TDF+EFV ATRIPLA® FTC+TDF+RPV EVIPLERA® Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEFFIX® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELESENTRI® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS® Rilpivirine (RPV) EDURANT®/RECAMBYS® Ritonavir(RTV) NORVIR® Temsavir, Fostemsavir (TMR) Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®	Amiodarone® CORDARONE® Ciclosporine* Cinétique de MPA Clozapine et métabolite LEPONEX® Évérolimus* CERTICAN® Flecainide® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate*(MPA) CELLCEPT® Ropivacaine® NAROPEINE® Sirolimus* RAPAMUNE® Tacrolimus*	Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX® Amphotéricine B° AMBISOME® Anidulafundine ECALTA® Atovaquone® WELLVONE® Caspofungine® CANCIDAS® Chloroquine® NIVAQUINE® Dapsone® DISULONE® Fluconazole® TRIFLUCAN® Flucytosine® ANCOTIL® Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécaprévir et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole® CRESEMBA® Itraconazole® et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermovir (LMV) Maribavir (MBV) Méfloquine® LARIAM® Métronidazole® FLAGYL® Ornidazole® TIBERAL® Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole® NOXAFIL® Proguanil® PALUDRINE® Pyriméthamine® MALOCIDE® Quinine® QUINIMAX® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® Sofosbuvir (SOF) SOVALDI® Voriconazole® VFEND® Zanamivir (ZANA) RELENZA®

CONDITIONS DE PRELEVEMENT	FACTURATION
<p>Dosages dans les autres liquides biologiques : pot stérile sans conservateur</p> <p>Modalités de prélèvement :</p> <p>résiduel (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO</p> <p>pic (Cmax) : Tmax IV : 30 min à 45 min après la fin de la Perf. au bras opposé Tmax IM, SC : 1h après IV Tmax PO : voir catalogue des examens sur le site APHP</p> <p>http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php</p> <p>Perfusion continue : sans contrainte horaire, au bras opposé</p>	<p>- Tableau national de codage de biologie</p> <p>- Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN)</p>

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT	ZONE DE TAMPON DE RECEPTION
<p>Prélèvement HORS BICHAT</p> <p>Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h)</p> <p>Impépénème : Stabilisation du plasma par du MOPS dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au 1/2 v/v)</p> <p>Rifampicine : Stabilisation du plasma par l'acide ascorbique 200 mg/L (dilution au 1/2 v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement</p> <p>Antibiotiques : Plasma ou sérum à +20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de transport le nécessite)</p>	