

ETIQUETTE SERVICE PRESCRIPTEUR ou Code Hôpital -UH	ETIQUETTE Code APH MEDECIN ou Nom : Prénom : Code APH	ETIQUETTE PATIENT ou Nom : Prénom : NIP/IPP : Date de naissance : Sexe :	ETIQUETTE Code APH PRELEVEURS ou Nom : Prénom : Code APH
---	---	--	---

PÔLE BIOGEM – Hôpital SAINT LOUIS LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE BIOLOGIQUE Pr. Evelyne JACQZ-AIGRAIN - Pr. Samia MOURAH	DOSAGE des MEDICAMENTS – PHARMACOGENETIQUE E. Jacqz-Aigrain : 01.87.02.31.64 H. Sauvageon : 01.42.49.42.87 L. Goldwirt : 01.42.49.43.25	PHARMACOGENETIQUE Laboratoire : 01.87.02.31.62 Interne de Garde : 01.42.49.41.39 Fax : 01.87.02.31.63 / 01.42.49.95.78
--	--	---

PHARMACOCINETIQUE TACROLIMUS

Téléphone du Prescripteur :	Fax du prescripteur :	ACB SAINT LOUIS
DATE du prélèvement : <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/> / <input type="text"/> <input type="text"/>	H de réception <input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/> Réservé au laboratoire	

Contexte clinique : Surveillance systématique Réponse Insuffisante Doute sur Observance
 Effet indésirable : Préciser : Autres : Préciser :

***Médicament à doser :** Prograf Générique Prograf Modigraf Advagraf Générique Advagraf

***Posologie/prise :** mg..... fois par jour

Voie d'administration : Voie Orale : Comprimé Gélule Suspension Buvable
Voie Veineuse : IV

***Date de Greffe :** le ___/___/___ **et/ou** *** Date de début de traitement :** le ___/___/___

Traitements associés : Corticoïdes Ciclosporine Autres :

Poids du Patient :Kg

Date de la dernière prise avant la cinétique : ___/___/___ àH.....

***Indispensable pour un rendu d'AUC**

Modalités pratiques : Pour chaque échantillon, prélever 2 mL de sang sur tube EDTA K3

Cinétique COURTE (Attention : Les cinétiques courtes sont une estimation de l'AUC réelle)

Indications Possibles : Greffe Rénale Greffe Hépatique Greffe de Moelle Lupus

<input type="checkbox"/> Prograf <input type="checkbox"/> Modigraf <input type="checkbox"/> Advagraf T0 (Résiduel)H..... Heure de PriseH..... T1h00H..... T3h00H.....	<input type="checkbox"/> Envarsus T0 (Résiduel)H..... Heure de PriseH..... T8h00H..... T12h00H.....
--	--

Cinétique LONGUE (Méthode de calcul de l'AUC par la méthode des trapèzes)

Indication possible : Autre pathologie : merci de préciser.....

<input type="checkbox"/> Prograf <input type="checkbox"/> Modigraf T0 (Résiduel)H..... Heure de PriseH..... T1h00H..... T2h00H..... T3h00H..... T6h00H..... T9h00H..... T12h00H.....	<input type="checkbox"/> Advagraf T0 (Résiduel)H..... Heure de PriseH..... T1h00H..... T2h00H..... T3h00H..... T6h00H..... T12h00H..... T16h00H..... T24h00H.....	<input type="checkbox"/> Envarsus T0 (Résiduel)H..... Heure de PriseH..... T1h00H..... T2h00H..... T3h00H..... T6h00H..... T12h00H..... T16h00H..... T20h00H..... T24h00H.....
---	---	---

CADRE RESERVE AU CENTRE DE TRI

Prélèvements
reçus

Rouge

Jaune

Violet

Vert

Sérum
Plasma

LCR

Ponction

Identification d'une non-conformité critique :

Cocher la case non-conformité critique et indiquer la nature de cette non-conformité ci-dessous

Non-conformité critique :

NC Critique

NC Prescription

NC Identité

NC Échantillon

NC Acheminement

Nature NC

Pvt(s) manquant(s)

Pvt(s) non étiqueté(s)

Identité (discordance prélèvement/feuille)

Pvt(s) non conforme(s)

Pvt(s) accidenté(s)

Feuille non étiquetée