

FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (4/5)

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

NIP	Etiquette	Prescripteur	Préleveur
Nom :	UH	Nom :	Nom :
Nom Jeune Fille :		Fonction :	Fonction :
Prénom :		Tél :	Tél :
DDN :/...../..... Sexe :		Mail :	

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"/> Epuration 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) : _____ <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Grossesse Clearance (DFG) : _____ Date initiation ou modification de traitement : ___/___/___	MILIEU <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> CHEVEUX <input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> URGENCE
---	---	--

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA) / / **Heure** (HH/MM) :

Nom du composé à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :
ANTIFONGIQUES (Tube héparinate de lithium sans gel)	
<input type="checkbox"/> Amphotéricine B AMBISOME®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Anidulafungine ECALTA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Caspofungine CANCIDAS®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Isavuconazole CRESEMBA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Itraconazole et métabolite SPORANOX®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Fluconazole TRIFLUCAN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Flucytosine ANCOTIL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Micafundine MYCAMINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Posaconazole NOXAFIL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Rézafungine REZZAYO®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Voriconazole VFEND®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
ANTIPARASITAIRES (Tube héparinate de lithium sans gel)	
<input type="checkbox"/> Albendazole	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Atovaquone WELLVONE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Dapsone DISULONE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Métronidazole FLAGYL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ornidazole TIBERAL®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Proguanil PALUDRINE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Pyriméthamine MALOCIDE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Sulfadiazine	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
ANTI-VHC (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Sofosbuvir (SOF) SOVALDI®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> SOF + velpatasvir (VEL) EPLUSA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Glécraprévir (GVR) et pibrentasvir (PIB) MAVIRET®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
AUTRES ANTIVIRAUX (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Aménamévir AMENALIEF®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Létermovir (LMV) PREVYMIS®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Maribavir (MBV) LIVTENCITY®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® (Δ)	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Zanamivir (ZANA) RELENZA® (Δ)	<input type="checkbox"/> Inhalation _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
(Δ) Tube oxalate de potassium + fluorure de sodium (tube gris)	
<input type="checkbox"/> A la demande :	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h

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 Echant/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	<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
		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa	
<input type="checkbox"/> Pres. Abs. <input type="checkbox"/> Prel. Abs. <input type="checkbox"/> UHabs <input type="checkbox"/> Cond. trans <input type="checkbox"/> Tub + <input type="checkbox"/> Autres			

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4	Feuille 5
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédaquiline et métabolite SIRTUORO® Céfazoline Céfépime AXEPIM® Céfiderocol FETCROJA® Céfotaxime CLAFORAN® Céfotaxime Ceftriaxone ZINFORO® Cefazidime FOR TUM® Ceftriaxone ZERBAXA® Ceftriaxone ROCEPHINE® Céfuraxime ZINNA T® Ciprofloxacine CIPFLOX® Clarithromycine ZECALAR® Clindamycine DALACINE® Clofazimine LAMPRENE® Cloxacilline ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycine CUBICIN® Dalbavancine XYDALBA® Délamandine et métabolite DELTYBA® Doxycycline Értapénem INVANZ® Ethambutol MYAMBUTOL® Fosfomycine FOSFOGINE® Imipénem TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropénem MERONEM® Maxifloxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOXET® Oxacilline BRISTOPEN® Pénicilline G EXTENCILLINE® Pipéracilline Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Spiramycine RODOGYL® Sulfadiazine ADIAZINE® Sulfadiazine ADIAZINE® Sulfaméthoxazole/Triméthoprime BACTRIM® Tedizolide SIVEXTRO® Tigecycline TYGACIL®	3TC+ABC KIVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZIAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bicitégravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotégrovir Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolutégrovir (DTG) TIVICAY® Daravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DELSTRIGO® Éfavirenz (EFV) SUSTIVA® Elvitégravir/cobicistat (EVG/COBI) Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® 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®/ZEPHYR® Lénacapavir (LEN) SULENCA® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELENTRI® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltégrovir et métabolite (RAL) ISENTRESS® Ripivirine (RPV) EDURANT® 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® Rapivacine® NAROPEINE® Sirolimus® RAPAMUNE® Tacrolimus®	Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX® Albendazole Aménamévir Amphotéricine B® AMBISOME® Anidulafundine ECALTA® Atovaquone® WELLVONE® Caspofungine® CANCIDAS® Dapsone® DISULONE® Fluconazole® TRIFLUCAN® Flucytosine® ANCOGIL® Ganciclovir (GCV) CYMEVIAN®/ROVALCYTE® Glécoprévir et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole® CRESEMBA® Itraconazole® et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermovir (LMV) Maribavir (MBV) Métronidazole® FLAGYL® Ornidazole® TIBERAL® Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole® NOXAFIL® Praziquantel BILTRICIDE® Proguanil® PALUDRINE® Pyriméthamine® MALOCLIDE® Rézaféging REZZAVO® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® Sofosbuvir (SOF) SOVALDI® Voriconazole® VFEND® Zanamivir (ZANA) RELENZA®	Amiloride Amlodipine Bisoprolol Canrenone et Spironolactone Diltiazem Eplérénone Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Irbesartan Lercanidipine Nebivolol Nicardipine Perindopril et Perindoprilat Ramipril et Ramiprilat Rilmenidine Urapidil Valsartan

<h3 style="text-align: center;">CONDITIONS DE PRELEVEMENT</h3> <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>	<h3 style="text-align: center;">FACTURATION</h3> <p>- Tableau national de codage de biologie</p> <p>- Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN)</p>
---	---

<h3 style="text-align: center;">CONDITIONS D'ACHEMINEMENT</h3> <p>Pour les molécules Ciclosporine, Tacrolimus, Évérolimus, Sirolimus et Hydroxychloroquine, <u>analyse réalisée sur sang total - ne pas centrifuger</u></p> <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>Impipénème : 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 carbo-glace si la durée de transport le nécessite)</p>	<h3 style="text-align: center;">ZONE DE TAMPON DE RECEPTION</h3>
---	--