

FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (2/4)

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

NIP Nom : Nom Jeune Fille : Prénom : D.D.N. :/...../..... Sexe :		Etiquette UH	Prescripteur Code APH Nom : Fonction : Tél : Mail :	Préleveur Nom : Fonction : Tél :
--	--	------------------------	--	--

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

☐ Surveillance thérapeutique ☐ Inefficacité du traitement ☐ Suspicion d'inobservance ☐ Malabsorption intestinale ☐ Résistance	☐ Co-infection VIH, VHC, VHB etc. ☐ Survenue d'effets indésirables (à préciser) : ☐ Insuffisance hépatique ☐ Insuffisance rénale	MILIEU ☐ SANG ☐ LCR ☐ Autres _____
☐ Interaction médicamenteuse (à préciser) : _____ Clairance (DFG) : _____		☐ URGENCE
☐ Epuration extra-rénale : mode : _____ ; Dernière le ____/____/____ à ____h durée : _____		
Poids : kg	Date limitée ou modification de traitement : / /	

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)

□ □ / □ □ / □ □

Heure (HH/MM)

$$\square \quad \square \quad : \quad \square \quad \square$$

Nom du composé à doser :		Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :	
ANTIRETROVIRAUX (Tube EDTA)			
☐ Abacavir (ABC) ZIAGEN®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Atazanavir (ATV) REYATAZ®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Bictégravir (BIC)	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Cabotégavir (CAB) VOCABRIA®	☐ IM	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Darunavir (DRV) PREZISTA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Dolutégravir (DTG) TIVICAY®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Doravirine (DOR) PIFELTRO®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Efavirenz (EFV) SUSTIVA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Elvitégravir/cobicistat (EVG/COBI)	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Emtricitabine (FTC) EMTRIVA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Enfuvirtide (T20) FUZEON®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Etravirine (ETR) INTELENCE®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEFFIX®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Maraviroc (MVC) CELSENTRI®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Névirapine (NVP) VIRAMUNE®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Rilpivirine (RPV) EDURANT®/REKAMBYS®	☐ IM	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Ritonavir(RTV) NORVIR®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Temsavir, Fostemsavir (TMR)	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Ténofovir (TDF) VIREAD®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
ASSOCIATIONS ANTIRETROVIRAUX (Tube EDTA)			
☐ ABC+3TC - KIVEXA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ AZT+3TC - COMBIVIR®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ DTG+3TC - DOVATO®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ DTG+RPV - JULUCA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ FTC+TDF - TRUVADA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ ABC+3TC+DTG - TRIUMEQ®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ ABC+3TC+AZT - TRIZIVIR®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ BIC+FTC+TAF - BICTARVY®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ DOR+3TC+TDF - DELSTRIGO®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ FTC+TDF+EFV - ATRIPLA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ FTC+TDF+RPV - EVIPLERA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ FTC+TAF+RPV - ODEFSEY®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ EVG+COBI+TAF+FTC - GENVOYA®	☐ PO	_____ mg x _____/j	le ____/____/____ à ____ h
☐ EVG+COBI+TDF+FTC - STRIBILD®	☐ 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.			☐ Sachet Noir
Type et nombre de prélèvements reçus :		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa	
Non-conformité critique ☐ Echantillon(s) non identifié(s) ☐ Discordance Echant/Prescription ☐ Echantillon(s) manquant(s) ☐ Contenant non adapté ☐ Echantillon(s) accidenté(s)	Tel : ☐ Oui ☐ Non ☐ Autres NC Critique	☐ Si Pré-traitement : ☐ Centrifugation ☐ Décantation ☐ Pas de pré-traitement ☐ Conservation avant envoi ☐ TA ☐ 2 à 8°C ☐ - 20°C	
Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa			

☐ Pres. Abs.
☐ Prel. Abs.
☐ UHabs
☐ Cond. trans
☐ Tub +
☐ Autres

Feuille 1

Amoxicilline CLAMOXYL®
 Avibactam ZAVICEFTA®
 Aztreonam AZATAM®
 Bédaciline et métabolite SIRTURO®
 Céfazoline
 Céfiderocol FETCROJA®
 Céfépime AXEPIM®
 Céfotaxime 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®
 Ertaféner INVANZ®
 Ethambutol MYAMBUTOL®
 Ethionamide TREGATOR®
 Imipénem TIENAM®
 Isoniazide RIMIFON® et métabolite
 Levofloxacine TAVANIC®
 Linezolid ZYVOXID®
 Méropénem MERONEM®
 Moxifloxacine IZILOX®
 Ofloxacine OFLOCET®
 Oxacilline BRISTOPEN®
 Para amino salicylate PAZER®
 Pipéracilline
 Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE®
 Prétomanide (PA-824)
 Pyrazinamide PIRILENE®
 Rifabutine ANSATIPINE®
 Rifampicine RIFADINE®
 Sulfadiazine ADIAZINE®
 Sulfaméthoxazole/Triméthoprim BACTRIM®
 Tedizolide SIVEXTRO®

Feuille 2

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®
 Cabotégavir (CAB) VOCABRIA®
 Darunavir (DRV) PREZISTA®
 Dolutégravir (DTG) TIVICAY®
 Doravirine (DOR) PIFELTRO®
 DOR+3TC+TDF DELSTRIGO®
 DTG+3TC DOVATO®
 DTG+RPV JULUCA®
 Efavirenz (EFV) SUSTIVA®
 Elvitégavir/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) CELSENTRI®
 Névirapine (NVP) VIRAMUNE®
 Raltégavir et métabolite (RAL) ISENTRESS®
 Rilpivirine (RPV) EDURANT®/REKAMBYS®
 Ritonavir(RTV) NORVIR®
 Temsavir, Fostemsavir (TMR)
 Ténofovir (TDF) VIREAD®
 Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®

Feuille 3

Amiodarone® CORDARONE®
 Ciclosporine*
 Cinétique de MPA
 Clozapine et métabolite LEAPONEX®
 Evérolimus* CERTICAN®
 Flecainide® FLECAINE®
 Hydroxychloroquine® PLAQUENIL®
 Mycophénolate*(MPA) CELLCEPT®
 Ropivacaïne® NAROPINE®
 Sirolimus* RAPAMUNE®
 Tacrolimus*

Feuille 4

Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX®
 Amphotéricine B® AMBISOME®
 Anidulafundine ECALTA®
 Clozapine et métabolite LEAPONEX®
 Caspofungine® CANGIDAS®
 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®
 Osetamivir 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

Dosages dans les autres liquides biologiques : pot stérile sans conservateur
 Modalités de prélèvement :
résiduel (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO
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
http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php
 Perfusion continue : sans contrainte horaire, au bras opposé

FACTURATION

- Tableau national de codage de biologie
 - Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN)

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT

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

ZONE DE TAMPON DE RECEPTION