

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

(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>Etiquette</p> <p>UH</p> | <p>Prescripteur</p> <p>Code APH</p> <p>Nom :</p> <p>Fonction :</p> <p>Tél :</p> <p>Mail :</p> | <p>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"/> 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 | <p>MILIEU</p> <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres _____ |
| Clairance (DF6) : _____ Date initiale ou modification de traitement : ___/___/___ | | <input type="checkbox"/> URGENCE |

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

| 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"/> Durée Perf. : _____ <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"/> Micafungine 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"/> 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"/> Atovaquone WELLVONE® | <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h |
| <input type="checkbox"/> Chloroquine NIVAQUINE® | <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"/> Ivermectine STROMEKTOL® | <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <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 |
| 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"/> Glécaprévir et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® | <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h |
| <input type="checkbox"/> SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® | <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h |
| AUTRES ANTIVIRAUX (tube EDTA) | |
| <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"/> Maribavir (MBV) | <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h |
| <input type="checkbox"/> Letemavir (LMV) | <input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <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"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> Inhalé _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h |
| (Δ) Tube oxalate de potassium + fluorure de sodium (tube gris) | |

Médicaments dosés au Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie des HUPNVS

Adresse postale : 46, rue Henri Huchard, 75877 Paris Cedex 18 Tél. : 01.40.25.80.07 ou 01.40.25.84 54 Fax : 01.40.25.88.12

Adresse de livraison : 17 rue 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 : 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) | | Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa |
| Tel : <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> 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 | |



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

| Feuille 1 | Feuille 2 | Feuille 3 | Feuille 4 |
|---|--|--|--|
| Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédaquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfidérol 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® Ertapénem INVANZ® Ethinbutol MYAMBUTOL® Ethionamide TRECTOR® Imipénem TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méro-pénem MERONEM® Moxifloxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOXET® 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® Bicégravir (BIC) BIC+FTC+TAF BICTARVY® Cabotégravir (CAB) VOCABRIA® Darunavir (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® Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR® | Amiodarone® CORDARONE® Ciclosporine* Cinétique de MPA Évérolimus* CERTICAN® Flecainide® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate*(MPA) CELLCEPT® Ropivacaine® NAROPEINE® Sirolimus* RAPAMUNE® Tacrolimus* | Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX® Amphotéricine B° AMBISOME® Anidulafungine 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 STROMEKTOL® Letermavir (LMV) Maribavir (MBV) Métronidazole° FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ornidazole° TIBERAL® Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole° NOXAFIL® Proguanil° PALUDRINE® Pyriméthamine° MALOCIDE® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPLUSA® Sofosbuvir (SOF) SOVALDI® Voriconazole° VFEND® Zanamivir (ZANA) RELENZA® |

| | |
|---|--|
| <p style="text-align: center;">CONDITIONS DE PRELEVEMENT</p> <p>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) : T_{max} IV : 30 min après la fin de la Perf. au bras opposé T_{max} IM, SC : 1h après injection T_{max} 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</p> | <p style="text-align: center;">FACTURATION</p> <p>- Tableau national de codage de biologie - Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomo-cytopathologie (RIHN)</p> |
| <p style="text-align: center;">CONDITIONS D'ACHEMINEMENT</p> <p>Prélèvement HORS BICHAT Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h) Imipénem : 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 carbo-glace si la durée de transport le nécessite)</p> | <p style="text-align: center;">ZONE DE TAMPON DE RECEPTION</p> |