

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

(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	MILIEU <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres
Clairance (DFG) :		<input type="checkbox"/> URGENCE
Date initiale ou modification de traitement : ___/___/___		

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"/> 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"/> Halofantrine HALFAN®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ivermectine STROMECTOL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <input type="checkbox"/> PO _____ mg x _____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Méfloquine LARIAM®	<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"/> Praziquantel BILTRICIDE®	<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"/> Quinine QUINIMAX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : _____ <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"/> Elbasvir (EBR) et grazoprévir (GZR) ZEPATIER®	<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) EPLUSA®	<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)	
<input type="checkbox"/> A la demande : adéfovir, cidofovir	<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. : 01.40.25.80.07 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 Echant/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 ZAVICEFTA® Bédaquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfépime AXEPIM® Céfotaxime CLAFORAN® Céfoxitine 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® 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/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 BICTARVY® Cabotégravir (CAB) Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolutégravir (DTG) TIVICAY® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DELSTRIGO® 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® Ritonavir(RTV) NORVIR® Ténofovir (TDF) VIREAD® Tipranavir (TPV) APTIVUS® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®	Amiodarone® CORDARONE® Apixaban® ELIQUIS® Ciclosporine® Cinétique de MPA Dabigatran® PRADAXA® Évérolimus® CERTICAN® Flecainide® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate®(MPA) CELLCEPT® Rivaroxaban® XARELTO® Ropivacaïne® NAROPEINE® Sirolimus® RAPAMUNE® Tacrolimus®	Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX® Amphotéricine B® AMBISOME® Anidulafungine ECALTA® Atovaquone® WELLVONE® Caspofungine® CANCIDAS® Fluconazole® TRIFLUCAN® Dapsone® DISULONE® Elbasvir (EBR)/grazoprévir (GZR) ZEPATIER® Fluconazole® TRIFLUCAN® Flucytosine® ANCOTIL® Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécaprévir et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® Halofantrine® HALFAN® Isavuconazole® CRESEMBA® Itraconazole® et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermavir (LMV) Maribavir (MBV) Méfloquine® LARIAM® Métronidazole® FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ornidazole® TIBERAL® Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole® NOXAFIL® Praziquantel BILTRICIDE® Praguanil® 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 après la fin de la Perf. au bras opposé
 Tmax IM, SC : 1h après injection
 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'anatomo-cytopathologie (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