

ETIQUETTE SERVICE PRESCRIPTEUR ou Étiquette Gilda - UH service OBLIGATOIRE - APHP	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 – 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

DOSAGE 6TGN et 6MMPN

Référence ou N° du Bon de commande :	DATE du prélèvement : /___/___/___/___ Heure du Prélèvement : H de réception <input type="text"/> <input type="text"/> H <input type="text"/> <input type="text"/> Réservé au laboratoire <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	ACB SAINT LOUIS
LABORATOIRE RESPONSABLE DU PRELEVEMENT	MEDECIN PRESCRIPTEUR	
Nom du Laboratoire : Téléphone obligatoire : Fax* obligatoire : Cachet et Signature	Nom : Adresse : Téléphone : Fax* :	

* Conforme aux normes de confidentialité

Conditions de dosage : Au minimum 3 semaines après instauration du traitement ou changement de dose

A minimum 6 semaines après une transfusion sanguine

Transfusion de globules rouges : NON OUI Date de dernière transfusion : /___/___/___/___/___

Traitement : <input type="checkbox"/> Azathioprine (IMUREL®) <input type="checkbox"/> 6-Thioguanine (LANVIS®) <input type="checkbox"/> 6-mercaptopurine (PURINETHOL®) <input type="checkbox"/> 6-mercaptopurine (XALUPRINE®)
Pathologie :
Date d'initiation du traitement à cette posologie : /___/___/___/___/___
Posologie actuelle : Poids du Patient :kg
Traitement associés : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> : à préciser.....
Indication du dosage :
• Surveillance systématique <input type="checkbox"/>
• Doute sur observance <input type="checkbox"/>
• Réponse insuffisante <input type="checkbox"/>
• Effet indésirable : NON <input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> : Description

+ Joindre une ordonnance

Modalités pratiques :

- Prélever 5 ml de sang total sur tube Héparinate de lithium sans gel. **Ne pas prélever le vendredi**
- Ne pas centrifuger, garder entre +2 et 8°C (ne pas mettre en contact direct de la glace)
- Envoyer dans les 48h00, entre +2 et 8°C, à l'abri de la lumière en respectant la réglementation sur le transport ou par transporteur qualifié.

Réception du lundi au jeudi

Rendu résultats : 15 jours ouvrables

Cotation : B 280 (B140 X2) – Code NABM 1657 x 2 – *Aucune facturation ne sera faite directement au patient*

Laboratoire extérieur :

- ⇒ Merci de transmettre les tubes au : **Laboratoire de pharmacologie biologique – Hôpital Saint Louis – 1 Avenue Claude Vellefaux – 75010 PARIS**
- ⇒ Hors AP-HP : bon de commande pour facturation

Pour tout renseignement : Veuillez contacter le poste 2.31.62 – De l'extérieur : 01.87.02.31.62 ou 01.87.02.31.64

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