

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

(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

<p><input type="checkbox"/> Surveillance thérapeutique</p> <p><input type="checkbox"/> Inefficacité du traitement</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Malabsorption intestinale</p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> Résistance</p> <p><input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Epuration extra-rénale : mode : ; Dernière le ___/___/___ à ___h durée :</p> <p>Poids : _____ kg</p>	<p><input type="checkbox"/> Co-infection VIH, VHC, VHB etc.</p> <p><input type="checkbox"/> Survenue d'effets indésirables (à préciser) :</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique</p> <p><input type="checkbox"/> Insuffisance rénale</p> <p>Clairance (DFG) :</p> <p>Date limitée ou modification de traitement : ___/___/___</p>	<p>MILIEU</p> <p><input type="checkbox"/> SANG</p> <p><input type="checkbox"/> LCR</p> <p><input type="checkbox"/> Autres _____</p> <p><input type="checkbox"/> URGENCE</p>
---	---	---

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)

/ /

Heure (HH/MM)

:

Nom du composé à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :
ANTIRETROVIRAUX (Tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Abacavir (ABC) ZIAGEN®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Atazanavir (ATV) REYATAZ®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Bictégravir (BIC)	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Cabotégravir (CAB) VOCABRIA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Darunavir (DRV) PREZISTA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Dolutégravir (DTG) TIVICAY®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Doravirine (DOR) PIFELTRO®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Efavirenz (EFV) SUSTIVA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Elvitégravir/cobicistat (EVG/COBI)	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Emtricitabine (FTC) EMTRIVA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Enfuvirtide (T20) FUZEON®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Etravirine (ETR) INTELENCE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEFFIX®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Maraviroc (MVC) CELSENTRI®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Névirapine (NVP) VIRAMUNE®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Rilpivirine (RPV) EDURANT®/REKAMBYS®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ritonavir(RTV) NORVIR®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Temsavir, Fostemsavir (TMR)	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ténofovir (TDF) VIREAD®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
ASSOCIATIONS ANTIRETROVIRAUX (Tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> ABC+3TC - KIVEXA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> AZT+3TC - COMBIVIR®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> DTG+3TC - DOVATO®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> DTG+RPV - JULUCA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> FTC+TDF - TRUVADA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> ABC+3TC+DTG - TRIUMEQ®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> ABC+3TC+AZT - TRIZIVIR®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> BIC+FTC+TAF - BICTARVY®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> DOR+3TC+TDF - DELSTRIGO®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> FTC+TDF+EFV - ATRIPLA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> FTC+TDF+RPV - EVIPLERA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> FTC+TAF+RPV - ODEFSEY®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> EVG+COBI+TAF+FTC - GENVOYA®	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ____/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> EVG+COBI+TDF+FTC - STRIBILD®	<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 <input type="checkbox"/> NC Critique	Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa
<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® Aztreonam AZACTAM® Bédaquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfidérol FETCROJA® Céfépime AXEPIM® Céfataxime 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® Ethambutol MYAMBUTOL® Ethionamide TRECATOR® Imipénem TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Mérópénem 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®	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® 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®/REKAMBYS® 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® Flecaïnone® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate*(MPA) CELLCEPT® Ropivacaïne® NAROPEINE® Sirolimus* RAPAMUNE® Tacrolimus*	Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX® Amphotéricine B° AMBISOME® Anidulafundine 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 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®

<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> <ul style="list-style-type: none"> - Tableau national de codage de biologie - Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomocytopathologie (RIHN)
---	--

<h3 style="text-align: center;">CONDITIONS D'ACHEMINEMENT</h3> <p>Prélèvement HORS BICHAT Centrifuter (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h)</p> <p>Imipénème : 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 carboxglace si la durée de transport le nécessite)</p>	<h3 style="text-align: center;">ZONE DE TAMPON DE RECEPTION</h3>
--	--