CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX V5 03/04/11 BS
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE (Poste 95991)

La non conformité de la demande d'examens peut entraîner la non réalisation des analyses (GBEA -arrêté Novembre 1999)

Étiquette du malade ou
Nom : ……
Nom de jeune de fille : ……
Prénom : ……
Sexe : ……
Date de naissance : ……../……/……..
N° de Venue : ……...

Cachet du service

Téléphone:

Médecin Prescripteur : ……

Nom du préleveur : ……
Qualité du préleveur : ……

Incidents survenus au cours du prélèvement :……..…

AUC 3 points Immunosuppresseur

❑ Greffe ❑ rénale ❑ hépatique ❑ cardiaque ❑ pulmonaire → Date de la greffe **ou** début du MMF ____/____/____
❑ Mucoviscidose
❑ Lupus*
❑ Syndrome Néphrotique Pédiatrique (SNP)*

Date de la cinétique : ____/____/____

TRAITEMENTS DU PATIENT

❑ Mycophénolate MMF (Cellcept)
❑ Ciclosporine (Néoral, Sandimmum)
❑ Tacrolimus (❍ Prograf ❍ Advagraf)
❑ Sirolimus (Rapamune)
❑ Evérolimus (Certican)
❑ Aucun

PATHOLOGIE	**Lupus***	**- Transplantation (sauf Coeur) - SNP**	**Transplantation (toutes greffes)**	**Transplantation (Poumon ou rein)**
MOLECULE	**MYCOPHENOLATE (Cellcept)**		**CICLOSPORINE**	**TACROLIMUS**
CODE	**PSTAM**		**PCICB**	**PTACB**
DOSE QUOTIDIENNE (MG)				
NOMBRE DE PRISES				
DOSE AVANT CINETIQUE **CE MATIN** (MG)				
Heure de prise la veille au soir :				
Heure de dernière prise ce matin:				
Heure réelle du prélèvement N°1 :	(T40'±10')	(T20'±10')	(=T0)	(=T0)
Heure réelle du prélèvement N°2 :	(T2h±25')	(T1h±15')	(T1h±15')	(T1h±15')
Heure réelle du prélèvement N°3 :	(T3h±30')	(T3h±30')	(T3h±30')	(T3h±30')

*Remplir impérativement les fiches de renseignements cliniques pour le lupus et le syndrome néphrotique

Prélèvements sur **tubes EDTA** (violet)