



COORDONNEES DE L'ORGANISME DEMANDEUR

Demandeur   
 Adresse   
 CP  Ville   
 Téléphone  Télécopie   
 E mail

PATIENT

Nom   
 Nom d'épouse   
 Prénom   
 Né(e) le   
 Sexe  F  M

SERVICE CLINIQUE

Nom du ou des   
 Médecins   
 prescripteurs   
 Date de l'examen   
 Votre référence   
 Service/Unité

RENSEIGNEMENTS COMPLEMENTAIRES

Date et heure de la dernière prise thérapeutique  à ..... heures.  
 Date et heure du prélèvement sanguin  à ..... heures.  
 Date début de traitement par INATINIB   
 Posologie actuelle : ..... mg  
 Autres médicaments associés : .....  
 - Motif de la demande de dosage :  
 Systématique  
 Suspicion d'inobservance  
 Survenue d'effets indésirables  
 Interactions médicamenteuses  
 Mauvaise réponse  
 Autres : (préciser) .....  
 - Chromosome Philadelphie : .....  
 Date du dernier caryotype   
 ..... % Ph  
 - Quantification des transcrits BCR-ABL : .....  
 Date de la dernière analyse   
 ..... % Transcrit BCR-ABL  
 Mutation .....