



INSTITUT DE BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE

- SECTEUR TOXICOLOGIE ET GENOPATHIES -

☎ 03.20.44.49.60

DEMANDE DE DOSAGE DES ANTIVIRAUX

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 Poids \_\_\_\_\_  
 Taille \_\_\_\_\_

SERVICE CLINIQUE

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

ECHANTILLON(S)

Date \_\_\_\_\_ de prélèvement Creux (T 0) heure : ..... Pic (\*) heure : .....  
 \* Chiffre en exposant après la molécule = Heure de prélèvement du pic plasmatique

RENSEIGNEMENTS UTILES POUR LE DOSAGE + INTERPRETATION

Statut thérapeutique :  Patient naïf  Patient pré-traité  
 Date de début de traitement (si < 15 jours) \_\_\_\_\_

MOLECULE(S) A DOSER	DOSAGE UNITAIRE	NBRE PRISE/24H	DATE ET HEURE DE LA DERNIERE PRISE		
			DATE	HEURE	PENDANT LE REPAS ?
1					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
4					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
TRAITEMENTS ANTIVIRAUX ASSOCIES	DOSAGE UNITAIRE	NBRE PRISE/24H	DATE ET HEURE DE LA DERNIERE PRISE		
			DATE	HEURE	PENDANT LE REPAS ?
1					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
2					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON
3					<input type="checkbox"/> OUI <input type="checkbox"/> NON

Indication du dosage :

- Suivi systématique
- Echec thérapeutique
- Toxicité/effets secondaires (Préciser) : .....
- Interactions médicamenteuses (Préciser) : .....
- Contrôle postajustement (>15 à 30 jrs après modification du schéma thérapeutique)
- Autre (Préciser) : .....
- Suspicion de malabsorption (Pic + Creux)
- Observance
- Atteinte hépatique
- Insuffisance rénale
- Monoprise
- Grossesse
- Pédiatrie

Informations complémentaires :

- Charge virale (copies/ml) :
  - Créatininémie :
  - Autres traitements associés :
  - Taux de CD4 :
  - Clairance rénale :
  - Taux de Prothombine (TP) :
- (Itraconazole, kétoconazole, macrolide, rifampicine, rifabutine, anticonvulsivants, etc ...)

Molécules dosées :

- Amprénavir 1h (TELZIR®)
- Indinavir 1h (CRIVAN®)
- Saquinavir 3-6h (INVIRASE®)
- Efavirenz 3-6h (SUSTIVA®)
- Maraviroc 0,5-4h (CELESENTRI®)
- Ténofovir 1-2h (VIREAD®)
- Ribavirine 1-3h (COPEGUS® REBETOL®)
- Lopinavir + Ritonavir 3-6h (KALETRA®)
- Atazanavir 3h (REYATAZ®)
- Tipranavir 3h (APTIVUS®)
- Etravirine 4h (INTELENCE®)
- Abacavir 1-1,5h (ZIAGEN®)
- Lamivudine 1h (EPIVIR®)
- Zidovudine 1h (RETROVIR®)
- Darunavir 3h (PREZISTA®)
- Ritonavir 3h (NORVIR®)
- Raltégravir 3h (ISENTRESS®)
- Nevirapine 4h (VIRAMUNE®)
- Emtricitabine 1-2h (EMTRIVA®)