



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 .....