

**FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (4/5)**

(sachet MARRON - 9h à 17h30 du Lundi au Vendredi)

<b>NIP</b> Nom : ..... Nom Jeune Fille : ..... Prénom : ..... DDN : ...../...../..... Sexe :.....	<b>Etiquette</b> UH	<b>Prescripteur Code APH</b> Nom : ..... Fonction : ..... Tél : ..... Mail : .....	<b>Préleveur</b> Nom : ..... Fonction : ..... Tél : .....
---	------------------------	--	--

## MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

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

**Date de Prélèvement** (JJ/MM/AA)

/   /   **Heure** (HH/MM)   :

## Heure (HH/MIM)

**Nom du composé à doser :**

Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :

#### ANTIFONGIQUES (Tube héparinaté de lithium sans gel)

- ❑ Amphotéricine B AMBISOME®
  - ❑ Anidulafungine ECALTA®
  - ❑ Caspofungine CANCIDAS®
  - ❑ Isavuconazole CRESEMBÀ®
  - ❑ Itraconazole et métabolite SPORANOX®
  - ❑ Fluconazole TRIFLUCAN®
  - ❑ Flucytosine ANCOTIL®
  - ❑ Micafungine MYCAMINE®
  - ❑ Posaconazole NOXAFL®
  - ❑ Rézafungine REZZAYO®
  - ❑ Voriconazole et métabolite VFEND®



#### **ANTIPARASITAIRES (Tube héparinaté de lithium sans gel)**

- ❑ Albendazole et métabolite
  - ❑ Atovaquone WELLVONE®
  - ❑ Dapsone DISULONE®
  - ❑ Ivermectine STROMECTOL®
  - ❑ Métronidazole FLAGYL®
  - ❑ Ornidazole TIBERAL®
  - ❑ Proguanil et métabolite PALUDRINE®
  - ❑ Pyriméthamine MALOCIDE®
  - ❑ Sulfadiazine ADTAZINE®

- PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h

Durée Perf. : \_\_\_\_\_

PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_h

### **ANTI-VHC (tube EDTA)**

- Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL®
  - Sofosbuvir et métabolite (SOF) SOVALDI®
  - SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA®
  - Glécaprévir(GVR) et nibrentasvir (PTB) MAVTRET®

- Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h  
 PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_/j le \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ à \_\_\_\_ h

#### **AUTRES ANTTVTRAUX (tube ERTA)**

- Aménamévir AMENALIEF®
  - Aciclovir (ACV) et métabolite (9-CMMG) ZOVIRAX®/ZELITRE
  - Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE®
  - Létermovir (LMV) PREVVYMIS®
  - Maribavir (MBV) LIVTENCITY®
  - Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® (△)  
(△) Tube oxyalte de potassium + fluorure de sodium (tube gris)

- Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_\_ /j le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_\_ /j le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_\_ /j le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_\_ /j le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h  
 Durée Perf. : \_\_\_\_\_  PO \_\_\_\_\_ mg x \_\_\_\_\_ /j le \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ à \_\_\_\_\_ h

(—) tube oxalate de potassium + fluorure de sodium (tube gris)

A la demande :  Durée Perf. : \_\_\_\_\_

# Médicaments dosés dans le Service de Pharmacologie - APHP. Nord Site Bichat

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 Valery Radot - Porte 7 - 75018 PARIS (UNIQUEMENT du lundi au vendredi de 9h à 17h30) (-2)

CADRE RESERVE AU LABORATOIRE : Revue de contrat.			
Type et nombre de prélevements reçus :		<input type="checkbox"/> Sachet Noir	
Non-conformité critique	Tel :	<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	Date et heure d'arrivée à l'accueil du site expéditeur - Visa
<input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s) <input type="checkbox"/> Discordance Echt/Prescription <input type="checkbox"/> Echantillon(s) manquant(s) <input type="checkbox"/> Contenant non adapté <input type="checkbox"/> Echantillon(s) accidenté(s)	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Autres NC Critique		Date et heure d'arrivée à l'accueil du site destinataire - Visa
		<input type="checkbox"/> Pres. Abs. <input type="checkbox"/> Prel. Abs. <input type="checkbox"/> UHabs	<input type="checkbox"/> Cond. trans <input type="checkbox"/> Tub + <input type="checkbox"/> Autres

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4	Feuille 5
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO® Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédoquiline et métabolite SIRTURO® Céfazoline CEFZPTM® Céfdipirocloc FETCROTA® Céfotaxime CLAFORAN® Céfoxidine CEFOTIXINE® Ceftriaxone ZINFORO® Ceftazidime FORTUM® Ceftolozane ZEBRAXA® Ceftriroxone ROCEPHINE® Ciprofloxacine CILFLOX® Clarithromycine ZECLR® Clindamycine DALACINE® Clofazamine LAMPRENE® Cloxacilline ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycin CUBICIN® Delbavancine XYDALBA® Délamandine et métabolite DELTYBA® Doxycycline ERACYCLINE® Ertapénem INVANZ® Ethambutol MYAMBUTOL® Fosfomycine FOSFOCINE® Imipénème TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropéném MERONEM® Moraxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOCET® Oxacilline BRISTOPEN® Pénicilline G EXTENCILLINE® Pipéracilline Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine et métabolite ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Spiramycine RODOGYL® Sulfaméthoxazole et métabolite/Trimétoprine BACTRIM® Tedizolid SIVEXTRO® Temocilline NEGABAN® Tigecycline TYGACIL®	3TC+ABC KLEVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZITAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bictégravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotegravir Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolutégravir (DTG) Tivicay® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DULHOBEL® Efavirenz (EFV) SUSTIVA® Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® Etravirine (ETR) INTELLENCE® Fostemsaviv (TMZ) EVG-COBIA-TAF-FTC GENVOYA® EVG-COBIA-TDF-FTC STRIBILD® FTC + TDF TRUVADA® FTC-TAF+RPV QDEFSEY® FTC-TDF-EFV ATRIPLA® FTC-TDF-RPV EVIPERA® Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEFFIX® Lénacapavir (LEN) SULENCA® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELSENTRE® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltegravir et métabolite (RAL) ISENTRRESS® Rilpivirine (RPV) EDURANT® Ritonavir(RTV) NORVIR® Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR® Screening ARV	Amiodarone et métabolite CORDARONE® Ciclosporine* Cinéétique de MPA Clozapine et métabolite LEAPONEX® Évérolimus* CERTICAN® Flecainide* FLECAINE® Hydroxychloquine* PLAQUENIL® Mycophénolate (MPA) CELLCEPT® Ropivacaine* NAROPINE® Sirolimus* RAPAMUNE® Tacrolimus*	Aciclovir (ACV) et métabolite ZOVIRAX®/ZELITREX® Albendazole et métabolite Aménanémivir AMENALIE® Amphotéricine B® AMBISOME® Anidulafungine ECALTA® Atovagaine WELLZONE® Aztreoname CANDIDAS® Bempedo DISULONE® Fluconazole* TRIFLUCAN® Flucytosine ANCOTIL® Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécaprévir et Ribavirine (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole* CRESEMA® Itraconazole* et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letermovir (LMV) PREVMIS® Maribavir (MBV) LIVENTENCY® Métronidazole* FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ornidazole* TIBERAL® Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole* NOXAFL® Praziquantel BILTRICIDE® Progesterone et métabolite PALUDRINE® Prymenethamine MALOCIDE® Rézafungine REZZAYO® Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® Sofosbuvir et métabolite (SOF) SOVALDI® Sulfadiazine ADIAZINE® Voriconazole et métabolite VFEND®	Amiloride Amlodipine Bisoprolol Carrenone et Spironolactone Diltiazem Epléronine Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Irbesartan Lercanidipine Nebivolol Nicardipine Perindopril et Perindoprilat Ramipril et Ramiprilat Rilmenidine Urapidil Valsartan

CONDITIONS DE PRELEVEMENT	FACTURATION
<p><b>Dosages dans les autres liquides biologiques</b> : pot stérile sans conservateur</p> <p>Modalités de prélèvement :</p> <p><b>résiduel</b> (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO</p> <p><b>pic</b> (Cmax) : Tmax IV : 30 min à 45 min après la fin de la Perf. au bras opposé Tmax IM, SC : 1h après IV</p> <p>voir catalogue des examens VISKALI : <a href="https://hupnvs.manuelprelevement.fr">https://hupnvs.manuelprelevement.fr</a></p> <p><b>Perfusion continue</b> : sans contrainte horaire, au bras opposé</p>	<p>- Tableau national de codage de biologie</p> <p>- Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomopathologie (RIHN)</p>

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT	ZONE DE TAMPON DE RECEPTION
<p>Pour les molécules Ciclosporine, Tacrolimus, Évérolimus, Sirolimus et Hydroxychloquine, <u>analyse réalisée sur sang total - ne pas centrifuger</u></p> <p><b>Prélèvement HORS BICHAT</b> Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h)</p> <p><b>Imipénème</b> : Stabilisation du plasma par du MOPS dans les 45 minutes suivant le prélèvement (dilution au <math>\frac{1}{2}</math> v/v)</p> <p><b>Rifampicine</b> : Stabilisation du plasma par l'acide ascorbique 200 mg/L (dilution au <math>\frac{1}{2}</math> v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement</p> <p><b>Antibiotiques</b> : Plasma à -20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de transport le nécessite)</p>	