

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

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

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

MOTIVATIONS DE LA DEMANDE

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

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA)

□ □ / □ □ / □ □

Heure (HH/MM)

□ □ : □ □

Nom du composé à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :
ANTIFONGIQUES (Tube héparinate de lithium sans gel)	
<input type="checkbox"/> Amphotéricine B AMBISOME® <input type="checkbox"/> Anidulafungine ECALTA® <input type="checkbox"/> Caspofungine CANCIDAS® <input type="checkbox"/> Isavuconazole CRESEMBA® <input type="checkbox"/> Itraconazole et métabolite SPORANOX® <input type="checkbox"/> Fluconazole TRIFLUCAN® <input type="checkbox"/> Flucytosine ANCOTIL® <input type="checkbox"/> Micafungine MYCAMINE® <input type="checkbox"/> Posaconazole NOXAFIL® <input type="checkbox"/> Rézafungine REZZAYO® <input type="checkbox"/> Voriconazole et métabolite VFEND®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
ANTIPARASITAIRES (Tube héparinate de lithium sans gel)	
<input type="checkbox"/> Albendazole et métabolite <input type="checkbox"/> Atovaquone WELLVONE® <input type="checkbox"/> Dapsone DISULONE® <input type="checkbox"/> Ivermectine STROMECTOL® <input type="checkbox"/> Métronidazole FLAGYL® <input type="checkbox"/> Ornidazole TIBERAL® <input type="checkbox"/> Proguanil et métabolite PALUDRINE® <input type="checkbox"/> Pyriméthamine MALOCIDE® <input type="checkbox"/> Sulfadiazine ADIAZINE®	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
ANTI-VHC (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL® <input type="checkbox"/> Sofosbuvir et métabolite (SOF) SOVALDI® <input type="checkbox"/> SOF + velpatasvir (VEL) EPCLUSA® <input type="checkbox"/> Glécaprévir (GVR) et pibrentasvir (PIB) MAVIRET®	<input type="checkbox"/> Durée Perf. : <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
AUTRES ANTIVIRAUX (tube EDTA)	
<input type="checkbox"/> Aménamévir AMENALIEF® <input type="checkbox"/> Aciclovir (ACV) et métabolite (9-CMMG) ZOVIRAX®/ZELITREX® <input type="checkbox"/> Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® <input type="checkbox"/> Létémovir (LMV) PREVYMIS® <input type="checkbox"/> Maribavir (MBV) LIVTENCITY® <input type="checkbox"/> Oseltamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® (Δ) (Δ) Tube oxalate de potassium + fluorure de sodium (tube gris)	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h <input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h
<input type="checkbox"/> A la demande :	<input type="checkbox"/> PO mg x ____/j le ____/____/____ à ____h

Médicaments dosés dans le Service de Pharmacologie – AHPH. 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 Valéry Radot - **Porte 7** - 75018 PARIS (UNIQUEMENT du lundi au vendredi de 9h à 17h30) **(-2)**

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

☐ Pres. Abs.
☐ Prel. Abs.
☐ UHabs
☐ Cond. trans
☐ Tub +
☐ Autres

Feuille 1	Feuille 2	Feuille 3	Feuille 4	Feuille 5
Amoxicilline CLAMOXYL® Avibactam/Aztreonam EMBLAVEO® Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA® Aztreonam AZACTAM® Bédaciline et métabolite SIRTURO® Céfazoline Céfépime AXEPIM® Céfiderocol FETCROJA® Céfotaxime CLAFORAN® Céfoxitine Ceftazidime ZINFORO® Ceftazidime FORUM® Ceftazidime ZERBAXA® Ceftriaxone ROCEPHINE® Ciprofloxacine CIPLOX® Clarithromycine ZECLEAR® Clindamycine DALACINE® Clofazimine LAMPRENE® Cloxacilline ORBENINE® Cycloserine SEROMYCIN® Daptomycine CUBICIN® Dalbavancine XYDALBA® Délanamide et métabolite DELTYBA® Doxycycline Éravacycline XERAVA® Ertapénem INVANZ® Ethambutol MYAMBUTOL® Fosfomycine FOSFOCINE® Imipénem TIENAM® Isoniazide RIMIFON® et métabolite Levofloxacine TAVANIC® Linezolid ZYVOXID® Méropénem MERONEM® Maxifloxacine IZILOX® Ofloxacine OFLOCE® Oxacilline BRISTOPEN® Pénicilline G EXTENCILLINE® Pipéracilline Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE® Pyrazinamide PIRILENE® Rifabutine et métabolite ANSATIPINE® Rifampicine RIFADINE® Spiramycine RODOGYL® Sulfaméthoxazole et métabolite/Triméthopri- me BACTRIM® Tedizolide SIVEXTRO® Temocilline NEGABAN® Tigecycline TYGACIL®	3TC+ABC KIVEXA® 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ® Abacavir (ABC) ZIAGEN® Atazanavir (ATV) REYATAZ® AZT + 3TC COMBIVIR® AZT+3TC+ABC TRIZIVIR® Bicétegravir (BIC) BIC+FTC+TAF BIKTARVY® Cabotégavir Darunavir (DRV) PREZISTA® Dolutégravir (DTG) TIVICAY® Doravirine (DOR) PIFELTRO® DOR+3TC+TDF DELSTRIGO® Éfavirenz (EFV) SUZIVIA® Emtricitabine (FTC) EMTRIVA® Etravirine (ETR) INTELENCE® Fostemsavir (TMR) EVG+COBI+TAF+FTC GENVOYA® EVG+COBI+TDF+FTC STRIBILD® FTC + TDF TRUVADA® FTC+TAF+RPV ODEFSEY® FTC+TDF+EFV ATRIPLA® FTC+TDF+RPV EVIPLERA® Lamivudine (3TC) EPIVIR®/ZEEFIX® Létracavir (LEN) SULENCE® Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA® Maraviroc (MVC) CELSENTRI® Névirapine (NVP) VIRAMUNE® Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS® Rilpivirine (RPV) EDURANT® Ritonavir (RTV) NORVIR® Ténofovir (TDF) VIREAD® Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR® Screening ARV	Amiodarone et métabolite CORDARONE® Ciclosporine® Cinétique de MPA Clozapine et métabolite LEPONEX® Évérolimus® CERTICAN® Flecainide® FLECAINE® Hydroxychloroquine® PLAQUENIL® Mycophénolate® (MPA) CELLCEPT® Rapivacine® NAROPINE® Sirolimus® RAPAMUNE® Tacrolimus®	Aciclovir (ACV) et métabolite ZOVIRAX®/ZELITREX® Albendazole et métabolite Aménamévir AMENALIEF® Amphotéricine B® AMBISOME® Anidulafundine ECALTA® Flecainide® FLECAINE® Caspofungine® CANGIDAS® Dapsone® DISULONE® Fluconazole® TRIFLUCAN® Flucytosine® ANICOTIL® Ganaciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE® Glécavir® et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET® Isavuconazole® CRESEMBA® Itraconazole® et métabolite SPORANOX® Ivermectine STROMECTOL® Letemovir (LMV) PREVMIS® Maribavir (MBV) LIVTENCITY® Métronidazole® FLAGYL® Micafungine MYCAMINE® Ornidazole® TIBERAL® Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU® Posaconazole® NOXAFIL® Praziquantel BILTRICIDE® Proguanil et métabolite PALUDRINE® Pyméthamine® 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 Canrenone et Spironolactone Diltiazem Éplérénone Furosemide Hydrochlorothiazide Indapamide Irbesartan Lercanidipine Nabivolol Nicardipine Perindopril et Perindoprilat Ramipril et Ramiprilat Rilmenidine Urapidil Valsartan

CONDITIONS DE PRELEVEMENT

Dosages dans les autres liquides biologiques : pot stérile sans conservateur
 Modalités de prélèvement :
résiduel (Cmin) dans l'intervalle des 30 min avant IV ou PO
pic (Cmax) : Tmax IV : 30 min à 45 min après la fin de la Perf. au bras opposé
 Tmax IM, SC : 1h après IV
 voir catalogue des examens VISKALI : <https://hupnvs.manuelprelevement.fr>
Perfusion continue : sans contrainte horaire, au bras opposé

FACTURATION

- Tableau national de codage de biologie
 - Référentiel des actes innovants hors nomenclature de biologie et d'anatomo-
 cytopathologie (RIHN)

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT

Pour les molécules Ciclosporine, Tacrolimus, Évérolimus, Sirolimus et Hydroxychloro-
 roquine, analyse réalisée sur sang total - ne pas centrifuger

Prélèvement HORS BICHAT

Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au
 maximum 8h)

Impipénème : Stabilisation du plasma par du **MOPS** dans les 45 minutes suivant le
 prélèvement (dilution au 1/2 v/v)

Rifampicine : Stabilisation du plasma par l'**acide ascorbique** 200 mg/L (dilution au 1/2
 v/v) dans les 2 heures suivant le prélèvement

Antibiotiques : Plasma à -20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de
 transport le nécessite)

ZONE DE TAMPON DE RECEPTION