



Hôpital Robert Debré
48 boulevard Sérurier
75935 PARIS Cedex 19



DOSAGE ACTIVITE ASPARAGINASE

Nom du centre de référence :

Hôpital :

Service :

Numéro de fax :

Médecin référent :

Adresse mail MSSanté :

Etiquette patient :

1 tube héparinate de lithium

Délai d'envoi <36 h :

Ne pas centrifuger et envoyer le sang total à température ambiante

Délai d'envoi >36 h :

Centrifuger, décanter, congeler et envoyer à température ambiante

Type d'asparaginase :

ONCASPAR ☐ ERWINIASE ☐ SPECTRILA ☐

Date d'administration de l'Asparaginase :

Date : Heure :

Date du prélèvement :

Date : Heure :

Phase de traitement Induction ☐ Consolidation 2 ☐ Intensification ☐ Block ☐

Prélèvement protocolaire ?

Oui ☐ Non ☐

Prélèvement additionnel ? (Réaction, autre...)

Oui ☐ Non ☐

Etude Pic-Aspa ?

Oui ☐
Non ☐

Notion de réaction : Oui ☐ Non ☐

Si réaction :

Moment par rapport à l'injection (date et heure) :

Courte description de la réaction :