



IDENTIFICATION DU PATIENT

Nom de naissance.....  
Prénom.....  
Nom alternatif .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : .....

SERVICE DEMANDEUR

Identification du Prescripteur et/ou cachet du demandeur :

Nombre de doses par jour :  1     2     4

• **INFORMATIONS TRAITEMENT BUSULFAN**

- Date de l'administration et N° de dose :
- Heure exacte de début de perfusion :
- Heure exacte de fin de perfusion :
- Posologie (mg/kg/dose) :
- Quantité administrée par perfusion (mg) :

• **INFORMATIONS PRELEVEMENTS - tube héparinate de Lithium sans gel, bouchon VERT, 5mL**

**Conserver les 2 premiers prélèvements étiquetés au frigo**

**Envoyer par le TAL avec le document complété, les 3 prélèvements ( temps n°1, temps N°2 et temps n°3) dès le 3eme temps prélevé**

**Attention : Bien noter l'heure de prélèvement sur chaque tube**

Prélèvements	Timing des prélèvements / perfusion	Modalités prélèvements	Heure théorique	Heure réelle
<b>Temps n°1 :</b> Avant perfusion	Pré dose	KT		
<b>Temps n°2 :</b> 30 min après arrêt de la perfusion (de 2 ou 3h selon schéma posologique)	• 30 min après arrêt de la perfusion	KT Purge +++		
<b>Temps n°3 :</b> Selon schéma posologique	• Si 1 dose/24h : >4h après arrêt perf. • Si 2 doses/24h : >4h après arrêt perf. • Si 4 doses/24h : Avant perfusion suivante	KT		

**En cas de problème : laboratoire de toxicologie au 44966**