

FEUILLE DE DEMANDE POUR LE DOSAGE DES MEDICAMENTS (1/4)

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

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

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 Clairance (DF6) : Date initiale ou modification de traitement : ___/___/___	<p>MILIEU</p> <input type="checkbox"/> SANG <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autres _____ <input type="checkbox"/> URGENCE
---	---	--

Date de Prélèvement (JJ/MM/AA) / / **Heure** (HH/MIN) :

PIC à réaliser en fin de perfusion (jusqu'à 30 minutes après la fin) (pour autres voir le catalogue des médicaments)

Nom du composé à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :	
ANTIBIOTIQUES et ANTITUBERCULEUX (Tube héparinate de lithium sans gel)		
<input type="checkbox"/> Amoxicilline CLAMOXYL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Aztreonam AZACTAM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Bédaquiline et métabolite SIRTURO®		<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfazoline	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfiderocol FETCROJA®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfépime AXEPIM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfotaxime CLAFORAN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfoxitine MEFOXEN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ceftazidime FORTUM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone ROCEPHINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Céfuroxime ZINNAT®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine CIFLOX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Clarithromycine ZECLAR®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Clindamycine DALACINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Clofazimine LAMPRENE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Cloxacilline ORBENINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Cycloserine SEROMYCIN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Daptomycine CUBICIN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Délamanide et métabolite DELTYBA®		<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ertapénem INVANZ®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ethambutol MYAMBUTOL®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ethionamide TRECATOR®		<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Imipénem TIENAM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Isoniazide RIMIFON® et métabolite	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Levofloxacine TAVANIC®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Linezolid ZYVOXID®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Méropénem MERONEM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Moxifloxacine IZILOX®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Ofloxacine OFLOCET®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Oxacilline BRISTOPEN®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Para amino salicylate PAZER®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Pipéracilline	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	_____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Prétomanide (PA-824)		<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Pyrazinamide PIRILENE®		<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Rifabutine ANSA TIPINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Rifampicine RIFADINE®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Sulfaméthoxazole/Triméthoprime BACTRIM®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/> Tedizolide SIVEXTRO®	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Durée Perf.: _____	<input type="checkbox"/> PO _____ mg x ___/j le ___/___/___ à ___h

CONDITIONS PARTICULIERES DE PRELEVEMENT

Imipénème : 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

Médicaments dosés au Laboratoire de Pharmacologie-Toxicologie des HUPNVS

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 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 : Non-conformité critique <input type="checkbox"/> Echantillon(s) non identifié(s) <input type="checkbox"/> Discordance Echant/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 expéditeur - Visa 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 <input type="checkbox"/> 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

Amoxicilline CLAMOXYL®
 Avibactam/Ceftazidime ZAVICEFTA®
 Aztreonam AZACTAM®
 Bédacouline et métabolite SIRTURO®
 Céfazoline
 Céfiderocol FETCROJA®
 Céfépime AXEPIM®
 Céfotaxime CLAFORAN®
 Céfioxime MEFOXEN®
 Ceftazidime FORTUM®
 Ceftriaxone ROCEPHINE®
 Céfuroxime ZINNAT®
 Ciprofloxacine CIFLOX®
 Clarithromycine ZECLAR®
 Clindamycine DALACINE®
 Clofazimine LAMPRENE®
 Cloxacilline ORBENINE®
 Cycloserine SEROMYCIN®
 Daptomycine CUBICIN®
 Délamanide et métabolite DELTYBA®
 Ertapénem INVANZ®
 Ethambutol MYAMBUTOL®
 Ethionamide TRECATOR®
 Imipénem TIENAM®
 Isoniazide RIMIFON® et métabolite
 Levofloxacine TAVANIC®
 Linezolid ZYVOXID®
 Méropénem MERONEM®
 Moxifloxacine IZILOX®
 Ofloxacine OFLOCET®
 Oxacilline BRISTOPEN®
 Para amino salicylate PAZER®
 Pipéracilline
 Pipéracilline/Tazobactam TAZOCILLINE®
 Prétomanide (PA-824)
 Pyrazinamide PIRILENE®
 Rifabutine ANSATIPINE®
 Rifampicine RIFADINE®
 Sulfadiazine ADIAZINE®
 Sulfaméthoxazole/Triméthoprim BACTRIM®
 Tedizolide SIVEXTRO®

Feuille 2

3TC+ABC KIVEXA®
 3TC+ABC+DTG TRIUMEQ®
 Abacavir (ABC) ZIAGEN®
 Atazanavir (ATV) REYATAZ®
 AZT+3TC COMBIVIR®
 AZT+3TC+ABC TRIZIVIR®
 Bictégravir (BIC)
 BIC+FTC+TAF BICTARVY®
 Cabotégavir (CAB) VOCABRIA®
 Darunavir (DRV) PREZISTA®
 Dolutégravir (DTG) TIVICAY®
 Doravirine (DOR) PIFELTRO®
 DOR+3TC+TDF DELSTRIGO®
 DTG + 3TC DOVATO®
 DTG+RPV JULUCA®
 Efavirenz (EFV) SUSTIVA®
 Elvitégravir/cobicistat (EVG/COBI)
 Emtricitabine (FTC) EMTRIVA®
 Enfuvirtide (T20) FUZEON®
 Etravirine (ETR) INTELENCE®
 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®/ZEFFIX®
 Lopinavir (LPV) et ritonavir (RTV) KALETRA®
 Maraviroc (MVC) CELSENTRI®
 Névirapine (NVP) VIRAMUNE®
 Raltégravir et métabolite (RAL) ISENTRESS®
 Rilpivirine (RPV) EDURANT®/RECAMBYS®
 Ritonavir(RTV) NORVIR®
 Ténofovir (TDF) VIREAD®
 Zidovudine et métabolite (AZT) RETROVIR®

Feuille 3

Amiodarone® CORDARONE®
 Ciclosporine*
 Cinétique de MPA
 Évérolimus* CERTICAN®
 Flecainide* FLECAINE®
 Hydroxychloroquine® PLAQUENIL®
 Mycophénolate*(MPA) CELLCEPT®
 Ropivacaine® NAROPEINE®
 Sirolimus* RAPAMUNE®
 Tacrolimus*

Feuille 4

Aciclovir (ACV) ZOVIRAX®/ZELITREX®
 Amphotéricine B® AMBISOME®
 Anidulafungine ECALTA®
 Atovaquone® WELLVONE®
 Caspofungine® CANCIDAS®
 Chloroquine® NIVAQUINE®
 Dapsone® DISULONE®
 Fluconazole® TRIFLUCAN®
 Flucytosine® ANCOTIL®
 Ganciclovir (GCV) CYMEVAN®/ROVALCYTE®
 Glécaprévir et Pibrentasvir (GVR-PIB) MAVIRET®
 Isavuconazole® CRESEMBA®
 Itraconazole® et métabolite SPORANOX®
 Ivermectine STROMECTOL®
 Letermavir (LMV)
 Maribavir (MBV)
 Métronidazole® FLAGYL®
 Micafungine MYCAMINE®
 Ornidazole® TIBERAL®
 Osetamivir et métabolite (OSEL) TAMIFLU®
 Posaconazole® NOXAFIL®
 Proguanil® PALUDRINE®
 Pyriméthamine® MALOCIDE®
 Ribavirine (RBV) COPEGUS®/REBETOL®
 SOF + velpatasvir (VEL) EPLUSA®
 Sofosbuvir (SOF) SOVALDI®
 Voriconazole® VFEND®
 Zanamivir (ZANA) RELENZA®

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 après la fin de la Perf. au bras opposé
 Tmax IM, SC : 1h après injection
 Tmax PO : voir catalogue des examens sur le site APHP
http://triweb.bch.aphp.fr/TRIWEB/catlabo/php/accueil_hupnvs.php
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

Prélèvement HORS BICHAT
 Centrifuger (10 min à 4 000 tours) et décanter le plasma et le congeler rapidement (au maximum 8h)
Imipénem : 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 ou sérum à -20°C (acheminement dans la carboglace si la durée de transport le nécessite)

ZONE DE TAMPON DE RECEPTION

--	--