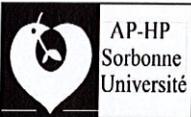


Identification du patient
Etiquette CB Patient

Poste de Traitement
Etiquette CB

Identification Prescripteur
(nom ou étiquette CB)

Identification préleveur
(nom ou étiquette CB)



AP-HP Sorbonne Université, Hôpital Saint-Antoine
DMU BioGeM - Pr R. Levy



Date de prélèvement

JJ

M

Heure de prélèvement

h

Etiquette Laboratoire

UCORE - EXAMENS EXTERNES : MEDICAMENTS
Biologiste : Dr Christian Aussel - Cadre : Sandra Decarris p 82293
Réception : L-S 8h-16h, R. André Entresol, p 80138 - p82237

Utiliser des tubes sans gel séparateur
Remplir une feuille de demande par médicament à doser, hors antirétroviraux

Date de début de traitement

/ /

Voie IV Orale SE/24h

Date de dernière prise

/ /

Heure de dernière prise

h

Nb prises/24h

Dose unitaire

Tube hépariné (bouchon vert)

ANTIBIOTIQUES

- Amoxicilline [Clamoxyl®, Augmentin®]
- Ampicilline [Unacim®]
- Cefazoline
- Céfepime [Axépim®]
- Céfotaxime [Claforan®]
- Ceftazidime [Fortum®, Zavicefta®]
- Ceftriaxone
- Ciprofloxacine
- Clarithromycine
- Cloxacilline [Orbenine®]
- Colimycine
- Daptomycine
- Imipénème
- Isoniazide
- Levofloxacine
- Linézolide [Zyvoxid®]
- Meropénème
- Moxifloxacine
- Oxacilline [Istopen®]
- Piperacilline [Piperilline®, Tazocilline®]
- Rifampicine
- Tazobactam [Tazocilline®]
- Teicoplanine

ANTIDIABETIQUES

- Metformine

ANTINEOPLASIQUES

- Venetoclax

ANTIVIRAUX

- Aciclovir (Zovirax®)

INHIBITEURS TYROSINE KINASE

- Dasatinib [Sprycel®]
- Imatinib [Glivec®]
- Nilotinib [Tasigna®]
- Ruxolitinib (Jakavi®)

PSYCHOTROPES

- Clozapine
- Lamotrigine (Lamictal®)
- Sertraline (Zoloft®)
- Venlafaxine

DIVERS

- Hydroxychloroquine (Plaquenil®)

Tube EDTA (bouchon violet)

ANTIBIOTIQUES

- Aztreonam (Azactam)

ANTIFONGIQUES

- Fluconazole [Triflucan®]
- Isavuconazole [Cresemba®]
- Itraconazole [Sporanox®]
- Posaconazole [Noxafil®]
- Voriconazole [Vfend®]

IMMUNOSUPRESSEURS

- Mycophenolate (Cellcept®)

Tube SEC (bouchon rouge)

ANTIMITOTIQUES

- Fosfomycine

Indication du traitement :

Motif de la demande :

- surveillance thérapeutique
- doute sur la compliance

- suspicion de surdosage
- suspicion d'inefficacité

- suspicion interaction médicamenteuse
- changement de posologie, date :

Code CTM1 - RD 9093/22

RESERVE AU LABORATOIRE - NC CRITIQUES : A compléter avant de scanner

Nature NC (entourer, cocher)

Examens

- Echantillon manquant
 Echantillon non conforme
 Anomalie d'acheminement : Hors délai / Pas à 4°C / Pas à 37°C/ Autre
 Anomalie d'échantillon : Insuffisant / Vide / Accidenté / Autre
 Anomalie d'identité : Tube non id / Feuille non id / Discordance id / Autre



- NC Critique Absence analyses Abs. étiquette PdT Tube Sup, nb et couleur : _____

1 tube EDTA (bouchon violet) pour l'ensemble des dosages

ANTIRETROVIRAUX

Composé à doser	Voie	Posologie	Date et heure dernière prise
<input type="checkbox"/> Abacavir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Atazanavir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Bictegravir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Carbotegravir	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Darunavir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Dolutegravir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Doravirine	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Efavirenz	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Elvitegravir/Cobicistat	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Entricitabine	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Enfuvirtide	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
	durée Perf : _____		
<input type="checkbox"/> Etravirine	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Lamivudine	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Lopinavir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Maraviroc	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Névirapine	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Raltegravir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Rilpivirine	<input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Ritonavir	PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Temsavir	PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Ténofovir	<input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
<input type="checkbox"/> Zidovudine	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> PO	_____ mg x _____ /j	le ____ / ____ à ____ h ____
	durée Perf : _____		

Motivations de la demande

- Surveillance thérapeutique Inefficacité thérapeutique : Mauvaise observance
 Interaction médicamenteuse (à préciser) : _____ Malabsorption intestinale
 Effets indésirables (à préciser) : _____ Résistance au traitement
 Insuffisance hépatique
 Insuffisance rénale, clairance à préciser (DFG) : _____
 Co-infection VIH, VHC, VHB

Autre Médicament à externer : _____