

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:

juste faux



Service de chimie clinique
Réception des laboratoires: BH 18-100
1011 Lausanne

Tél. : 021 31 44 121
PP 439
www.chuv.ch/lab

Service de pharmacologie clinique
Tél. interprétation clinique : 021 31 42 500



Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

Patient stationnaire / hospitalisé (Demandeur)

Patient ambulatoire (assurance / patient)

Assurance :

Etiquette code barres pour le CHUV



Date et heure du prélèvement indispensables

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

COPIE(S) A (adresse complète)

Nom du médecin:

Service, adresse:

Localité:

DEMANDEUR

Nom du médecin:

Service, adresse:

Tél:

Etiquette déviation
ou
Etiquette de projet

MOTIVATION(S) CLINIQUE(S):

- Suivi thérapeutique
- Réponse insatisfaisante
- Suspicion de toxicité
- Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s)
- Doubte sur la compliance
- Autre but d'analyse (préciser):

Demande d'interprétation clinique de la mesure du taux de médicament:

oui (par défaut), compléter toutes les rubriques du formulaire non

INFORMATIONS SUR LE MEDICAMENT

Date et heure réelles de la dernière dose administrée avant le prélèvement:

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23

 Min.:

15	30	45
----	----	----

Date de début du traitement ou du dernier changement de posologie:

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----	----

 > 30 jours

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----	----	----

Posologie:

Dose unitaire par administration: mg Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

Voie d'administration: orale i.v. perfusion i.v. continue

Autre posologie ou voie d'administration (préciser):

Si dose de charge, préciser la date: / / et l'administration (dose, voie):

DONNEES CLINIQUES

Dysfonction d'organe(s):

aucune

Rénale:

insuffisance rénale; créatinine sérique si disponible: µmol/l

hémodialyse

hémofiltration continue

Autres organes:

dysfonction hépatique; score de Child-Pugh:

dysfonction cardiaque

autre (préciser):

Poids du patient: kg g

Pour les prématurés, âge gestationnel: sem

Co-médications (ou joindre la liste informatique):

Diagnostic(s):



1 **Matériel** sang Sérum sans gel (Monovette blanc 2.7 ml) échantillon reçu décanté et congelé
 2 **adressé:** sang EDTA-K (Monovette 2.7 ml) échantillon reçu décanté mais non congelé
 3 **Ponction** veineuse capillaire **Par cathéter** veineux artériel

ANTIBIOTIQUES

Etat d'équilibre (dès la 3^e dose)

Taux au pic

4 Amikacine } à 1h du début de la perfusion
 5 Gentamicine }
 6 Tobramycine }
 7 Vancomycine à 4h du début de la perfusion

Taux résiduel

} avant dose suivante

Protocole 1^{ère} dose (néonatalogie ou pédiatrie)

Taux au pic

8 Gentamicine à 1h du début de la perfusion
 9 Vancomycine à 4h du début de la perfusion

Taux à 12h

} à 12h du début de la perfusion

10 Spécialité pharmaceutique:

ANTI-EPILEPTIQUES

Délai d'équilibration à posologie constante

11 Carbamazépine 7-12 jours
 12 Phénobarbital 15-25 jours
 13 Phénytoïne 8-15 jours
 14 Valproate 2-3 jours

Délai de prélèvement

} avant dose suivante
 (min. 6h post-dose)

Albuminémie si disponible: g/l

15 Spécialité pharmaceutique:

IMMUNOSUPPRESSEURS

Délai d'équilibration à posologie constante

16 Ciclosporine 2-3 jours
 17 Evérolimus 4-5 jours
 18 Sirolimus 5-7 jours
 19 Tacrolimus 2-3 jours

Délai de prélèvement

} avant dose suivante
 (min. 8h post-dose)

20 Greffe: cardiaque hépatique pulmonaire rénale

autre (préciser):

21 Maladie auto-immune ou cancer (préciser):

Date de la greffe:/..../..

22 Spécialité pharmaceutique:

AUTRES MEDICAMENTS

Délai d'équilibration à posologie constante

23 Digoxine 5-7 jours
 24 Lithium 5-7 jours
 25 Méthotrexate seulement lors d'intoxication suspectée
 26 Paracétamol seulement lors d'intoxication suspectée
 27 Salicylate
 28 Théophylline 1-2 jours

Délai de prélèvement

avant dose suivante (min. 8h post-dose)
 avant dose suivante (min. 6h post-dose)
 selon protocole oncologique appliqué
 minimum 4h après la prise
 minimum 6h après la prise
 résiduel: avant dose suivante
 (év. pic: à 4-6h post-dose pour forme orale retard)

29 Spécialité pharmaceutique:

REMARQUES

Suivi thérapeutique des médicaments (TDM)

Le TDM est un moyen d'augmenter la sécurité et l'efficacité de certains traitements, quand l'adaptation des posologies est délicate. Pour obtenir la fréquence d'exécution des analyses et diverses informations pré-analytiques, consulter le *Fichier des examens CHUV* ou la liste des analyses (www.chuv.ch/lab). L'interprétation du résultat est de la responsabilité du médecin en charge du patient, mais le Service de Pharmacologie clinique (tél. 021 31 42 500) fonctionne comme consultant.

De plus:

- Pour rendre possible l'adaptation posologique, un délai d'équilibration (*cf ci-dessus*) doit être respecté entre le prélèvement et le dernier changement de posologie.
- Pour pouvoir comparer le résultat aux intervalles de référence, un délai de prélèvement doit être respecté entre le prélèvement et la dernière administration du médicament (*cf ci-dessus*).