

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"/>

Marquer les cases d'un trait noir:  
 juste     faux



**Service de Pharmacologie Clinique**  
 Prof. François Girardin, MD  
 Interprétation clinique : Tél : 021 31 41 404  
 www.chuv.ch/pcl

**Laboratoire de Pharmacologie Clinique**  
 Prof. Laurent Decosterd, PharmD PhD  
 Réception des laboratoires BH 18-100  
 Rue du Bugnon 46, 1011 Lausanne  
 Tél : 021 31 44 271, Email : labo.pharmaco-clin@chuv.ch - PP439

Ouverture laboratoire : lundi-vendredi 08h-17h

**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
----	----	----

**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

**COPIE(S) À (adresse exacte et complète) :**

Nom du médecin : .....  
 Service, adresse : .....  
 Localité : .....

**DEMANDEUR :**

Nom du médecin : .....  
 Service, adresse : .....  
 Tél : .....

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

**UNIQUEMENT POUR THIOPURINES (6-TG, 6-MMP)**  
 Effectuer simultanément une **formule sanguine simple** (FSS, 1.2-2.6 ml EDTA-K, bon n°. 23)  
 Si mesure faite à l'extérieur : Erythrocytes ,  T/I

Coller **ici** une étiquette du numéro de bon 23 CHUV pour la FSS

**Demande d'interprétation clinique de la mesure des taux de médicaments:**  
 oui (par défaut)     non

**MOTIVATION CLINIQUE :**

<input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique	<input type="checkbox"/> Echec thérapeutique, réponse insatisfaisante
<input type="checkbox"/> Doutes sur la compliance	<input type="checkbox"/> Interactions médicamenteuses
<input type="checkbox"/> Suspicion de toxicité	<input type="checkbox"/> Autre : .....

**FONCTION ANORMALE :**     cardiaque     hépatique     rénale     aucune (par défaut)

**SIGNES DE TOXICITÉ :**     aucune (par défaut)     oui : .....

**Autres informations cliniques d'intérêt :** .....

**Poids corporel :**    Kg      **Taille :**    cm

**Autres médicaments concomitants :**  
 .....  
 .....

**Prélèvements et conditions d'acheminement :**

- Le prélèvement doit en principe être fait au résiduel (=juste avant la prochaine prise) / **minimum 6h post-dose** et après un délai d'équilibration (i.e. steady state, ci-dessous). Ne pas prélever par la voie veineuse à travers laquelle le traitement intraveineux a été perfusé.
- **Thérapies ciblées :** minimum **1 semaine** à posologie constante. L'échantillon sanguin peut être envoyé à température ambiante ou congeler le plasma (à l'exception des molécules\* au verso). Molécules\* : centrifuger/congeler le plasma dans les max. 2h qui suivent le prélèvement; le plasma doit impérativement être envoyé congelé.
- **Mycophénolate :** minimum **4 jours** à posologie constante. **Acheminer sans délai** le prélèvement sanguin à la réception des laboratoires (maximum 30min après le prélèvement) ou congeler le plasma dans l'heure qui suit le prélèvement. Si ce délai ne peut pas être respecté, conserver l'échantillon à 4°C jusqu'à centrifugation et congélation (max : 6h).
- **Thiopurines :** minimum **4 semaines** à posologie constante. L'échantillon sanguin peut être envoyé à température ambiante ou congeler l'échantillon de **sang total**.
- Envoyer l'échantillon avec les précautions d'usage en poste prioritaire. Ne pas envoyer le vendredi ou jour férié-> congeler et attendre le prochain jour ouvrable pour envoyer l'échantillon congelé.  
**Traitement des échantillons si plasma :** Centrifugation à 2000g pendant 10 minutes à 4°C, congélation du plasma à ≤ -20°C.

N° d'article CHUV: 934654 CHUV Labo-PCL-470 VS-08.2023

**LID**

1	<b>Matériel adressé :</b>	<input type="checkbox"/> sang EDTA-K (S-Monovette, 4.9 ml) <input type="checkbox"/> échantillon reçu congelé (th. ciblées et myco -> plasma ; thiopurines -> sang total). (Néonatalogie: Microvette® sérum ou EDTA-K 0.3 ml acceptée)		
<b>MÉDICAMENT À DOSER :</b>				
<b>THÉRAPIES ANTICANCEREUSES CIBLÉES</b>		<b>MYCOPHENOLATE</b>	<b>THIOPURINES</b>	
2	<input type="checkbox"/> Abemaciclib (Verzenio®)	<input type="checkbox"/> Mycophénolate mofetil (Cellcept®)  <input type="checkbox"/> Mycophénolate sodique (Myfortic®)	<input type="checkbox"/> Azathioprine (Imurek®) <input type="checkbox"/> 6-mercaptopurine (Puri-Nethol®) <input type="checkbox"/> 6-thioguanine (Lanvis®)	
3	<input type="checkbox"/> Alpelisib (Piqray®) *			
4	<input type="checkbox"/> Asciminib			
5	<input type="checkbox"/> Axitinib (Inlyta®)			
6	<input type="checkbox"/> Bosutinib (Bosulif®)			
7	<input type="checkbox"/> Cobimetinib (Cotellic®) *			
8	<input type="checkbox"/> Dabrafenib (Tafinlar®)			
9	<input type="checkbox"/> Dasatinib (Sprycel®)			
10	<input type="checkbox"/> Erlotinib (Tarceva®)			
11	<input type="checkbox"/> Gégifitinib (Iressa®)			
12	<input type="checkbox"/> Ibrutinib (Imbruvica®) *			
13	<input type="checkbox"/> Imatinib (Glivec®)			
14	<input type="checkbox"/> Nilotinib (Tasigna®)			
15	<input type="checkbox"/> Olaparib (Lynparza®)			
16	<input type="checkbox"/> Osimertinib (Tagrisso®) *			
<input type="checkbox"/> Palbociclib (Ibrance®) <input type="checkbox"/> Pazopanib (Votrient®) <input type="checkbox"/> Ponatinib (Iclusig®) <input type="checkbox"/> Régorafénib (Stivarga®) * <input type="checkbox"/> Ruxolitinib (Jakavi®) * <input type="checkbox"/> Sorafénib (Nexavar®) <input type="checkbox"/> Sunitinib (Sutent®) <input type="checkbox"/> Tamoxifène/endoxifène <input type="checkbox"/> Trametinib (Mekinist®) * <input type="checkbox"/> Vémurafénib (Zelboraf®)				
<b>Associations</b> <input type="checkbox"/> Dabrafenib + trametinib * <input type="checkbox"/> Cobimetinib + vemurafenib *				
* voir au recto conditions d'acheminement				
<b>Dernière prise (date et heure réelles) indispensable :</b>				
17	Jour :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23 <input type="checkbox"/> 24 <input type="checkbox"/> 25 <input type="checkbox"/> 26 <input type="checkbox"/> 27 <input type="checkbox"/> 28 <input type="checkbox"/> 29 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 31		
18	Mois :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12		
19	Heure :	<input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 6 <input type="checkbox"/> 7 <input type="checkbox"/> 8 <input type="checkbox"/> 9 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 11 <input type="checkbox"/> 12 <input type="checkbox"/> 13 <input type="checkbox"/> 14 <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 16 <input type="checkbox"/> 17 <input type="checkbox"/> 18 <input type="checkbox"/> 19 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 21 <input type="checkbox"/> 22 <input type="checkbox"/> 23		
20	Min. :	<input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45		
<b>Posologie:</b>				
21	Dose (mg) :	<input type="checkbox"/> 0,5 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 5 <input type="checkbox"/> 10 <input type="checkbox"/> 20 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 40 <input type="checkbox"/> 50 <input type="checkbox"/> 60 <input type="checkbox"/> 70 <input type="checkbox"/> 80 <input type="checkbox"/> 90 <input type="checkbox"/> 100 <input type="checkbox"/> 200 <input type="checkbox"/> 300 <input type="checkbox"/> 400 <input type="checkbox"/> 500 <input type="checkbox"/> 600 <input type="checkbox"/> 700 <input type="checkbox"/> 800 <input type="checkbox"/> 900 <input type="checkbox"/> 1000 <input type="checkbox"/> 2000		
22	Nb de prise(s)/24h :	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4		
Autre posologie (préciser) : .....				
23	<b>Voie d'administration :</b>	<input type="checkbox"/> orale <input type="checkbox"/> i.v		
Date d'initiation/de dernier changement posologique : .....				
<b>INDICATION(S) AU TRAITEMENT :</b>				
24	<b>Thérapies ciblées</b>	<b>Leucémies :</b>		
25		<input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique (LMC)	<input type="checkbox"/> Leucémie lymphoïde aiguë Ph+ (LLA-Ph+)	
26		Phase :	<input type="checkbox"/> blastique <input type="checkbox"/> chronique <input type="checkbox"/> intermédiaire	Réponse hématologique : <input type="checkbox"/> complète <input type="checkbox"/> absente Réponse moléculaire : ..... % cellules BCR-ABL Réponse cytogénétique : ..... % cellules Ph(+)
27		<b>Tumeurs solides :</b>	<input type="checkbox"/> Tumeur stromale d'origine digestive (GIST)	<input type="checkbox"/> Autre (préciser) : .....
28		Réponse RECIST :	<input type="checkbox"/> rémission complète <input type="checkbox"/> rémission partielle <input type="checkbox"/> stabilité <input type="checkbox"/> progression	
29				
30	<b>Mycophénolate</b>	<b>INDICATION(S) :</b>		
31		<input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> BPCO <input type="checkbox"/> Autres : .....		
		<input type="checkbox"/> Pulmonaire <input type="checkbox"/> Bipulmonaire <input type="checkbox"/> Rénale <input type="checkbox"/> Autres : .....		
-> Date de la greffe : .....				
32	<b>Thiopurines</b>	<b>LEUCÉMIES / LYMPHOMES :</b>		
33		<input type="checkbox"/> Lymphome lymphoblastique aigu <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde aiguë <input type="checkbox"/> Leucémie myéloïde chronique <input type="checkbox"/> Leucémie lymphoblastique aiguë <input type="checkbox"/> Autre affection maligne : .....		
34		<b>AUTRES INDICATIONS :</b>		
35		<input type="checkbox"/> MICI : Maladie de Crohn <input type="checkbox"/> MICI : Recto-colite hémorragique <input type="checkbox"/> Hépatopathie auto-immune <input type="checkbox"/> Lupus érythémateux disséminé <input type="checkbox"/> Myasthenia gravis <input type="checkbox"/> Polyarthrite rhumatoïde		
36		<input type="checkbox"/> Immunosuppression post-transplantation -> Type et Date de greffe : .....		
37		<input type="checkbox"/> Autre : .....		
38				

NB : Les recommandations de Suivi thérapeutiques des médicaments (TDM) pour certains médicaments de cette liste n'ont pas formellement été établies.