



Laboratoire et Division de pharmacologie clinique  
Réception des laboratoires BH18/100  
1011 Lausanne

Contact:  
Labo.: Tél.: 021 314 42 71 – Fax: 021 314 80 98 – PP439  
Interprétation clinique : Tél.: 021 314 14 04

Horaires d'ouverture du laboratoire:  
Lundi-vendredi: 08h00 – 17h00

**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     Demandeur



**COPIE(S) A (adresse exacte et 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     Doute sur la compliance

Suspicion de toxicité / surdosage – abus médicamenteux     Etude(préciser):.....

Réponse insatisfaisante     Autre(préciser):.....

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

**DONNEES VIROLOGIQUES DU VIRUS DE L'HEPATITE**

Hépatite:  C     autre:.....

Hépatite C, type génomique :  1a     1b     2     3     4     5     6

Résultat de virémie: .....copies/mL    Date du prélèvement: ...../...../.....

**DONNES CLINIQUES**

Poids du patient: .....kg

Patient transplanté :  oui     non    si oui, organe(s) transplanté(s): .....

Co-infection HIV:  oui     non

**Dysfonction d'organes:**

**Fonction hépatique**

ALAT : .....UI/mL

Cirrhose  oui     non

Score de Child-Pugh:  A.....     B.....     C.....

Fibroscan: .....kPa

Score Métavir: A.....F.....    Date de la biopsie: ...../...../.....

**Fonction rénale**

Insuffisance rénale, créatinine sérique si disponible: .....µmol/L

Hémodialyse

**Autre(s) dysfonction(s) d'organes (préciser):** .....

**Effets indésirables:** .....

**Commentaires :** .....



**Sang EDTA-K (S-Monovette 4.9 mL)**  
Acheminer **sans délai** le prélèvement sanguin à la réception des laboratoires (**maximum 30 min.** après le prélèvement).  
**Traitement des échantillons:** centrifugation à 2500 tpm pendant 15 min., addition d'acide formique (50 microlitres à 10% pour 1mL de plasma), congeler à -80°C et acheminer l'échantillon congelé.

Date de début du traitement : ...../...../.....

Durée totale prévue de traitement (semaines): .....

Antiviral n°1 à doser

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sofosbuvir+métabolite GS331007 (Sovaldi® /Harvoni®) | <input type="checkbox"/> dasabuvir (Exviera®)                          | <input type="checkbox"/> elbasvir/grazoprevir (Zepatier®) |
| <input type="checkbox"/> daclatasvir (Daklinza®)                             | <input type="checkbox"/> ombitasvir/paritaprévir/ritonavir (Viekirax®) | <input type="checkbox"/> ribavirine (Copegus® / Rebetol®) |
| <input type="checkbox"/> ledipasvir (Harvoni®)                               | <input type="checkbox"/> velpatasvir                                   | <input type="checkbox"/> autre: .....                     |

Dernière prise	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

Dose (mg)	.....
Début de traitement ou 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
	Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	<input type="checkbox"/> > 30 jours

Antiviral n°2 à doser

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sofosbuvir+métabolite GS331007 (Sovaldi® /Harvoni®) | <input type="checkbox"/> dasabuvir (Exviera®)                          | <input type="checkbox"/> elbasvir/grazoprevir (Zepatier®) |
| <input type="checkbox"/> daclatasvir (Daklinza®)                             | <input type="checkbox"/> ombitasvir/paritaprévir/ritonavir (Viekirax®) | <input type="checkbox"/> ribavirine (Copegus® / Rebetol®) |
| <input type="checkbox"/> ledipasvir (Harvoni®)                               | <input type="checkbox"/> velpatasvir                                   | <input type="checkbox"/> autre: .....                     |

Dernière prise	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

Dose (mg)	.....
Début de traitement ou 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
	Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	<input type="checkbox"/> > 30 jours

Antiviral n°3 à doser

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sofosbuvir+métabolite GS331007 (Sovaldi® /Harvoni®) | <input type="checkbox"/> dasabuvir (Exviera®)                          | <input type="checkbox"/> elbasvir/grazoprevir (Zepatier®) |
| <input type="checkbox"/> daclatasvir (Daklinza®)                             | <input type="checkbox"/> ombitasvir/paritaprévir/ritonavir (Viekirax®) | <input type="checkbox"/> ribavirine (Copegus® / Rebetol®) |
| <input type="checkbox"/> ledipasvir (Harvoni®)                               | <input type="checkbox"/> velpatasvir                                   | <input type="checkbox"/> autre: .....                     |

Dernière prise	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

Dose (mg)	.....
Début de traitement ou 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
	Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	<input type="checkbox"/> > 30 jours

Antiviral n°4 à doser

- |  |  |   |
|--|--|---|
| <input type="checkbox"/> sofosbuvir+métabolite GS331007 (Sovaldi® /Harvoni®) | <input type="checkbox"/> dasabuvir (Exviera®)                          | <input type="checkbox"/> elbasvir/grazoprevir (Zepatier®) |
| <input type="checkbox"/> daclatasvir (Daklinza®)                             | <input type="checkbox"/> ombitasvir/paritaprévir/ritonavir (Viekirax®) | <input type="checkbox"/> ribavirine (Copegus® / Rebetol®) |
| <input type="checkbox"/> ledipasvir (Harvoni®)                               | <input type="checkbox"/> velpatasvir                                   | <input type="checkbox"/> autre: .....                     |

Dernière prise	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

Dose (mg)	.....
Début de traitement ou 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
	Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
	<input type="checkbox"/> > 30 jours

Co-médications : .....

.....

.....

.....