

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 Biomédecine
 Réception des laboratoires BH 18-100
 1011 Lausanne
 Tél.: 021 31 44 280 – Fax: 021 31 44 288 – PP 439
 www.chuv.ch/lab

Laboratoire et Division de pharmacologie clinique
 Contact: Tél.: 021 31 44 271
 Fax: 021 31 48 098 – PP439
 Interprétation clinique: Tél.: 021 31 41 404
 www.chuv.ch/pcl
 Heures d'ouverture: lundi – vendredi 08h–17h

Patient

Nom:
 Prénom:
 Sexe:
 Date de naissance complète:
 Adresse complète:
 N° postal / Localité:
 V/réf.:

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
----	----	----

Facture:

Patient Demandeur

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

MOTIVATION(S) CLINIQUE(S):

Suivi thérapeutique Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s)
 Réponse insatisfaisante Grossesse
 Doute sur la compliance Etude (préciser):
 Suspicion de toxicité Autre (préciser):

Demande d'interprétation clinique de la mesure des taux de médicaments:

oui (par défaut) non NB: Des recommandations de Suivi thérapeutique des médicaments (TDM) pour les anticancéreux n'ont pas formellement été établies à ce jour.

DIAGNOSTIC:

Leucémies: Leucémie myéloïde chronique (LMC)
 Phase: blastique chronique intermédiaire

Leucémie lymphoïde aiguë Ph+ (LLA-Ph+)
 Réponse hématologique: complète absente
 Réponse moléculaire: % cellules *BCR-ABL*
 Réponse cytogénétique: % cellules Ph(+)

Tumeurs solides: Adénocarcinome pulmonaire Mélanome non résecable ou métastatique
 Cancer bronchique non à petites cellules (CBNPC) Tumeur stromale d'origine digestive (GIST)
 Cancer colorectal métastatique (CCR) Autre (préciser):
 Cancer du sein avancé et/ou métastatique
 Carcinome rénal avancé et/ou métastatique (RCC) Réponse RECIST: rémission complète
 Carcinome hépatocellulaire rémission partielle
 Carcinome neuro-endocrine du pancréas (NEC) stabilité
 Carcinome thyroïdien progressif progression

AUTRES INFORMATIONS:

Poids du patient: kg Co-médications anticancéreuses:
 Taille du patient: cm
 Effets indésirables: aucun oui (préciser):
 Autres co-médications:

LID



Nom
Prénom

1 **Matériel**
2 **adressé:**

sang EDTA-K (S-Monovette, 4.9 ml)

échantillon reçu congelé

échantillon reçu par transporteur

ANTICANCÉREUX À DOSER

Inhibiteurs des tyrosine kinases:

- cobimetinib (Cotellic®)
 dabrafenib (Tafinlar®)/tramétinib
 dasatinib (Sprycel®)
 erlotinib (Tarceva®)
 géfitinib (Iressa®)
 imatinib (Glivec®)
 lapatinib (Tyverb®)
 nilotinib (Tasigna®)
 pazopanib (Votrient®)
 régorafénib (Stivarga®)
 sorafénib (Nexavar®)
 sunitinib (Sutent®)
 tramétinib (Mekinist®)
 vémurafénib (Zelboraf®)

Antiestrogènes:

- tamoxifène/endoxifène

Autres:

-

Sous «autres», merci de choisir parmi:

Abemaciclib (Verzenios®)
Alpelisib (Piqray®)
Asciminib
Axitinib (Inlyta®)
Bosutinib (Bosulif®)
Ibrutinib (Imbruvica®)
Olaparib (Lynparza®)
Osimertinib (Tagrisso®)
Palbociclib (Ibrance®)
Ponatinib (Iclusig®)
Ruxolitinib

INFORMATIONS SUR LA DERNIÈRE PRISE DU MÉDICAMENT INDISPENSABLES

Date réelle de la dernière dose:

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 réelle de la dernière dose:

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

Posologie:

Dose (mg): 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100 200 300 400 500 600 700 800 900
Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4

Autre posologie (préciser):

(exemple : pour une dose de 120 mg, cocher la case 100 ainsi que la case 20)