

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

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 42 500  
 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.: .....

**Facture:**

Patient     Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



**Date et heure du prélèvement indispensables**

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

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

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

 Min.: 

<input type="checkbox"/> 15	<input type="checkbox"/> 30	<input type="checkbox"/> 45
-----------------------------	-----------------------------	-----------------------------

**COPIE(S) À (Adresse exacte et complète)**

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

**DEMANDEUR**

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

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

**MOTIVATIONS CLINIQUES**

- |   |  |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique                          | <input type="checkbox"/> Surdosage ou abus médicamenteux |
| <input type="checkbox"/> Contrôle après charge médicamenteuse         | <input type="checkbox"/> Grossesse                       |
| <input type="checkbox"/> Doute sur la compliance                      | <input type="checkbox"/> Etude (préciser): .....         |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de toxicité                        | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): .....         |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s) |  |

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

oui (par défaut)     non

**DONNEES CLINIQUES**

Effets indésirables:  aucun     oui (préciser): .....

Dysfonction d'organe(s):  aucun

**Fonction rénale:**

- insuffisance rénale; créatinine sérique si disponible: ..... µmol/l  
 hémodialyse  
 hémofiltration continue  
 autre (préciser): .....

**Autres organes:**

- dysfonction hépatique; score de Child-Pugh: .....  
 dysfonction cardiaque  
 dysfonction pulmonaire  
 autre (préciser): .....

Poids du patient:  kg     g

Albuminémie si disponible: ..... g/l

Co-médications (ou joindre la liste informatique):

Diagnostic(s):



1 **Matériel**  sang Citrate (Monovette, 3.0 ml)  échantillon reçu congelé  
 2 **adressé:**  sang Sérum (Monovette, 2.7 ml)  échantillon reçu par transporteur

**Le dosage de plusieurs antiépileptiques dans le même échantillon est possible.  
 Compléter un cadre par médicament.**

**Nouvel antiépileptique n°1 à doser:**

Lacosamide  Lamotrigine  Levetiracetam  Topiramate  Zonisamide  autre: .....

**Nom complet de spécialité:** ..... Voie d'administration:  orale  i.v.

Dernière prise

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
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																			
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	Min.: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45						

Posologie: matin  mg ; midi  mg ; soir  mg ; autre: .....  mg ;

Commentaires (schémas spéciaux, dose de charge, etc.): .....

**Début de traitement ou dernier changement de posologie:**

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
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																			

> 30 jours

**Nouvel antiépileptique n°2 à doser:**

Lacosamide  Lamotrigine  Levetiracetam  Topiramate  Zonisamide  autre: .....

**Nom complet de spécialité:** ..... Voie d'administration:  orale  i.v.

Dernière prise

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
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																			
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	Min.: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45						

Posologie: matin  mg ; midi  mg ; soir  mg ; autre: .....  mg ;

Commentaires (schémas spéciaux, dose de charge, etc.): .....

**Début de traitement ou dernier changement de posologie:**

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
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																			

> 30 jours

**Nouvel antiépileptique n°3 à doser:**

Lacosamide  Lamotrigine  Levetiracetam  Topiramate  Zonisamide  autre: .....

**Nom complet de spécialité:** ..... Voie d'administration:  orale  i.v.

Dernière prise

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
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																			
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	Min.: <input type="checkbox"/> 15 <input type="checkbox"/> 30 <input type="checkbox"/> 45						

Posologie: matin  mg ; midi  mg ; soir  mg ; autre: .....  mg ;

Commentaires (schémas spéciaux, dose de charge, etc.): .....

**Début de traitement ou dernier changement de posologie:**

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
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																			

> 30 jours

**Informations importantes:**

- L'interprétation du résultat est de la responsabilité du médecin en charge du patient, mais la Division de Pharmacologie clinique fonctionne comme consultant.
- La fréquence d'exécution des analyses et diverses informations pré-analytiques peuvent être obtenues dans le *Fichier des examens CHUV* ou la liste des analyses ([www.chuv.ch/lab](http://www.chuv.ch/lab)).
- Le prélèvement doit en principe être fait en fin d'intervalle de dosage et après un délai d'équilibration depuis le début du traitement ou le dernier changement de posologie (cf. Recommandations [www.chuv.ch/pcl/pcl\\_home/pcl-prestations/pcl-prestations-tdm.htm](http://www.chuv.ch/pcl/pcl_home/pcl-prestations/pcl-prestations-tdm.htm)).