

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

1  
2  
3



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



4  
5  
6  
7  
8

**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    Min.: 15 30 45  
12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23

**COPIE(S) A (adresse complète)**

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

**DEMANDEUR**

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

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

9  
10  
11  
12  
13  
14  
15  
16  
17  
18

**MOTIVATION(S) CLINIQUE(S):**

Suivi thérapeutique     Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s)  
 Réponse insatisfaisante     Doute sur la compliance  
 Suspicion de toxicité     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): .....

19  
20  
21  
22  
23  
24  
25  
26  
27

**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):**

28  
29  
30  
31  
32  
33  
34



## MATERIEL

- 1 Sang (si autre que veineux):  Capillaire  Artériel
- 2  Monovette sérum 2.6 ml  Monovette EDTA-K 2.6 ml

## ANTIBIOTIQUES

Etat d'équilibre (dès la 3<sup>e</sup> dose)

- |               | Taux au pic              | Taux résiduel            |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 3 Amikacine   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4 Gentamicine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5 Tobramycine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6 Vancomycine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- à 1h du début de la perfusion
- à 4h du début de la perfusion
- avant dose suivante

Protocole 1<sup>ère</sup> dose (néonatalogie ou pédiatrie)

- |               | Taux au pic              | Taux à 12h               |
|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 7 Gentamicine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8 Vancomycine | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- à 1h du début de la perfusion
- à 4h du début de la perfusion
- à 12h du début de la perfusion

9 Spécialité pharmaceutique:

## ANTI-EPILEPTIQUES

- |   | Délai d'équilibration à posologie constante | Délai de prélèvement                       |
|---|---|--|
| 10 <input type="checkbox"/> Carbamazépine | 7-12 jours                                  | avant dose suivante<br>(min. 6h post-dose) |
| 11 <input type="checkbox"/> Phénobarbital | 15-25 jours                                 |  |
| 12 <input type="checkbox"/> Phénytoïne    | 8-15 jours                                  |  |
| 13 <input type="checkbox"/> Valproate     | 2-3 jours                                   |  |

Albuminémie si disponible: ..... g/l

14 Spécialité pharmaceutique:

## IMMUNOSUPPRESSEURS

- |  | Délai d'équilibration à posologie constante | Délai de prélèvement                       |
|--|---|--|
| 15 <input type="checkbox"/> Ciclosporine | 2-3 jours                                   | avant dose suivante<br>(min. 8h post-dose) |
| 16 <input type="checkbox"/> Evérolimus   | 4-5 jours                                   |  |
| 17 <input type="checkbox"/> Sirolimus    | 5-7 jours                                   |  |
| 18 <input type="checkbox"/> Tacrolimus   | 2-3 jours                                   |  |

- 19 Greffe:  cardiaque  hépatique  pulmonaire  rénale  autre (préciser): .....
- 20  Maladie auto-immune ou cancer (préciser): ..... Date de la greffe: ..... / ..... / .....

21 Spécialité pharmaceutique:

## AUTRES MEDICAMENTS

- |  | Délai d'équilibration à posologie constante | Délai de prélèvement   |
|--|---|--|
| 22 <input type="checkbox"/> Digoxine     | 5-7 jours                                   | avant dose suivante (min. 8h post-dose)  |
| 23 <input type="checkbox"/> Lithium      | 5-7 jours                                   | avant dose suivante (min. 6h post-dose)  |
| 24 <input type="checkbox"/> Méthotrexate | selon protocole oncologique appliqué        |  |
| 25 <input type="checkbox"/> Paracétamol  | seulement lors d'intoxication suspectée     | minimum 4h après la prise  |
| 26 <input type="checkbox"/> Salicylate   | seulement lors d'intoxication suspectée     | minimum 6h après la prise  |
| 27 <input type="checkbox"/> Théophylline | 1-2 jours                                   | résiduel: avant dose suivante<br>(év. pic: à 4-6h post-dose pour forme orale retard) |

28 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](http://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*).