

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"/>
<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 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



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

COPIE(S) À (Adresse 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
- Réponse insatisfaisante
- Suspicion de toxicité
- Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s)
- Doubte sur la compliance
- 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	24	25	26	27	28	29	30	31

 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):

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):



MATERIEL

Sang (si autre que veineux):

Capillaire

Artériel

Monovette sérum 2.6 ml

Monovette EDTA-K 2.6 ml

ANTIBIOTIQUES

Etat d'équilibre (dès la 3^e dose)

Amikacine

Gentamicine

Tobramycine

Vancomycine

Taux au pic

} à 1h du début de la perfusion

} à 4h du début de la perfusion

Taux résiduel

} avant dose suivante

Protocole 1^{ère} dose (néonatalogie ou pédiatrie)

Gentamicine

Vancomycine

Taux au pic

} à 1h du début de la perfusion

} à 4h du début de la perfusion

Taux à 12h

} à 12h du début de la perfusion

Spécialité pharmaceutique:

ANTI-EPILEPTIQUES

Carbamazépine

Phénobarbital

Phénytoïne

Valproate

Délai d'équilibration à posologie constante

7-12 jours

15-25 jours

8-15 jours

2-3 jours

Délai de prélèvement

} avant dose suivante

(min. 6h post-dose)

Albuminémie si disponible: g/l

Spécialité pharmaceutique:

IMMUNOSUPPRESSEURS

Ciclosporine

Évérilimus

Sirolimus

Tacrolimus

Délai d'équilibration à posologie constante

2-3 jours

4-5 jours

5-7 jours

2-3 jours

Délai de prélèvement

} avant dose suivante

(min. 8h post-dose)

Greffe: cardiaque hépatique pulmonaire rénale

autre (préciser):

Maladie auto-immune ou cancer (préciser):

Date de la greffe:/..../..

Spécialité pharmaceutique:

AUTRES MEDICAMENTS

Digoxine

Lithium

Méthotrexate

Paracétamol

Salicylate

Théophylline

Délai d'équilibration à posologie constante

5-7 jours

5-7 jours

selon protocole oncologique appliqué

seulement lors d'intoxication suspectée

seulement lors d'intoxication suspectée

1-2 jours

Délai de prélèvement

avant dose suivante (min. 8h post-dose)

avant dose suivante (min. 6h post-dose)

selon protocole oncologique appliqué

minimum 4h après la prise

minimum 6h après la prise

résiduel: avant dose suivante

(év. pic: à 4-6h post-dose pour forme orale retard)

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). 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*).