FEUILLE DE DEMANDE D'EXAMENS DE PHARMACOLOGIE

Identification patient - Etiquette	**Service** :.....	***Cadre réservé au laboratoire***
Nom Nom de naissance Prénom NIP Date de Naissance Sexe : M F	**Tel** :..... **Médecin** : ..... Nom du préleveur : ..... Date du prélèvement : ..... Heure du prélèvement:	Nombre de spécimens reçus : Conformité de la demande OUI NON Signature :.....

1- SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE

Motif de la demande : ☐ **Suivi thérapeutique** ☐ **Inefficacité du traitement** ☐ **Toxicité** (grade : _____)

Pathologie : **Poids (kg) :**

Médicaments associés : ☐ Salicylés ☐ IPP ☐ Autres :_____

Tabac ☐ Fumeur ☐ Non fumeur

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR L'INTERPRETATION DU DOSAGE

Dernière prise du médicament : Date : Heure :

Posologie du traitement : **Prise à jeûn ?** Oui Non

Date début de traitement : **Date modification posologie :**

ANTICANCEREUX

• Inhibiteurs d'activité Kinase

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

RESIDUEL (avant la prise)

- ☐ **Afatinib** (GIOTRIF®)
- ☐ **Axitinib** (INLYTA®)
- ☐ **Ceritinib** (ZYKADIA®)
- ☐ **Crizotinib** (XALKORI®)
- ☐ **Dabrafenib** (TAFINLAR®)
- ☐ **Erlotinib** (TARCEVA®)
- ☐ **Gefitinib** (IRESSA®)
- ☐ **Imatinib** (GLIVEC®)
- ☐ **Lapatinib** (TYVERB®)
- ☐ **Lenvatinib** (LENVIMA®)
- ☐ **Nilotinib** (TASIGNA®)
- ☐ **Osimertinib** (TAGRISSO®)
- ☐ **Pazopanib** (VOTRIENT®)
- ☐ **Regorafenib** (STIVARGA®)
- ☐ **Sorafenib** (NEXAVAR®)
- ☐ **Sunitinib** (SUTENT®)
- ☐ **Trametinib** (MEKINIST®)
- ☐ **Vandetanib** (CAPRELSA®)

☐ **Autre :** _____

• Mitotane (LYSODREN®) + métabolite ☐ **Mitotane plasmatique** (mitotane + op'DDE)

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

RESIDUEL (avant la prise)

• Platines ☐ **Carboplatine** ☐ **Cisplatine** ☐ **Oxaliplatine**

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

PRENDRE CONTACT AVEC LE LABORATOIRE AVANT PRELEVEMENT ET REMPLIR LES DOCUMENTS SPECIFIQUES ASSOCIES

• Tamoxifène + métabolite (endoxifène) ☐

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

RESIDUEL (avant la prise)

2- PHARMACOCINETIQUES & MODELISATIONS

• **Busulfan** (BUSILVEX®) **Dose monitorée :** ☐ 1 ☐ 9 ☐ 13 ☐ Autre : _____

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

Poids (kg) : _____ **SC (m²) :** _____

Quantité administrée (mg) : _____ **Volume perfusé (mL) :** _____ **Débit (mL/h) :** _____

Heure de début de perfusion : _____ **Heure de fin de perfusion :** _____

	Prélèvements	Temps	Modalités	Heure théorique	Heure réelle	Initiales
☐	**T0** Avant perfusion	Pré dose	**KT**			
☐	**T2h30** +2h et 30min après début	30min après arrêt perfusion	**KT (purge +++)**			
☐	**T6h** +6h après début perfusion	Avant perfusion suivante	**KT**			

ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE

• **Melphalan** (ALKERAN®) ☐ **Dose Test** (10' - Pousse seringue) ☐ **Dose pleine**

*PLASMA (tube hépariné Li - 5 mL - **SANS gel** - bouchon vert)*

Poids (kg) : _____ **SC (m²) :** _____

Quantité administrée (mg) : _____ **Volume perfusé (mL) :** _____ **Débit (mL/h) :** _____

Heure de début de perfusion : _____ **Heure de fin de perfusion :** _____

	Prélèvements	Temps	Heure théorique	Heure réelle	Initiales
☐	**T 0** (P1)	Avant le début de la perfusion			
☐	**T 5 min** (P 2)	5 min après fin perfusion			
☐	**T 23 min** (P 3)	23 min après fin perfusion			
☐	**T 90 min** (P 4)	90 min après fin perfusion			
☐	**T 120 min** (P 5)	120 min après fin perfusion			
☐	**T 240 min*** (P 6)	240 min après fin perfusion*			

ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE et DANS LA GLACE

*** T180min si dose test**

3- BIOMARQUEURS

• **2-HGA (D & L)** ☐ Mutation IDH ☐ _____ Traitement en cours ☐ _____

(2-HydroxyGlutarate, 2HG)

*SERUM (tube sec - 5 mL - **SANS gel** - bouchon rouge)*

• **Succinate-Fumarate** ☐ Mutation SDH ☐ _____ Traitement en cours ☐ _____

*SERUM (tube sec - 5 mL - **SANS gel** - bouchon rouge)*

Autres demandes / Remarque :

Signature du prescripteur :

EN CAS DE PRÉLÈVEMENTS PRÉVUS HORS DES PLAGES D'OUVERTURE DU LABORATOIRE
NOUS CONTACTER AU PRÉALABLE

Coordonnées du Service de Pharmacologie

Pr A. Paci Tel : 01.42.11.47.30
Dr S. Broutin Tel : 01.42.11.40.57
Dr J. Delahousse Tel : 01.42.11.61.92
Laboratoire de pharmacologie Tel : 01.42.11.40.44

Fax: 01.42.11.44.01

https://gustaveroussy.manuelprelevement.fr/

Service de Pharmacologie – Département de Biologie et Pathologie Médicales
Institut de cancérologie Gustave Roussy
114 rue E Vaillant 94805 Villejuif Cedex

Demandes extérieures : après centrifugation, envoyer le sérum ou le plasma aliquoté et congelé à -20°C

Version du 18/02/2020