

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

1- SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR L'INTERPRETATION DU DOSAGE

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

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

Dernière prise du médicament : Date : Heure :

Posologie du traitement : **Date début/modification de traitement :**

Prise à jeûn ? ☐ Oui ☐ Non **Prise d'IPP ?** ☐ Oui ☐ Non

• Thérapies orales ciblées

1 tube VERT / LH

RESIDUEL = AVANT la prise

- | | | |
|---|---|--|
| ☐ Abemaciclib (VERZENIOS®) - [EXT]
☐ Afatinib (GIOTRIF®) - [EXT]
☐ Alectinib (ALECENSA®)
☐ Axitinib (INLYTA®) - [EXT]
☐ Binimetinib (MEKTOVI®)
☐ Brigatinib (ALUNBRIG®) - [EXT]
☐ Cabozantinib (CABOMETYX®)
☐ Ceritinib (ZYKADIA®) - [EXT]
☐ Cobimetinib (COTELLIC®) - [EXT]
☐ Crizotinib (XALKORI®) - [EXT]
☐ Dabrafenib (TAFINLAR®)
☐ Dasatinib (SPRYCEL®) - [EXT]
☐ Encorafenib (BRAFTOVI®)
☐ Erlotinib * (TARCEVA®) - [EXT]
*TABAC : ☐ OUI ☐ NON
☐ Gefitinib (IRESSA®) - [EXT] | ☐ Imatinib (GLIVEC®) - [EXT]
☐ Lapatinib (TYVERB®) - [EXT]
☐ Lenvatinib (LENVIMA®)
☐ Lorlatinib (LORVIQUA®) - [EXT]
☐ Nilotinib (TASIGNA®) - [EXT]
☐ Niraparib (Zejula®) - [EXT]
☐ Olaparib (LYNPARZA®) - [EXT]
☐ Osimertinib ^ (TAGRISSO®)
^ HEURE CENTRIFUGATION:
^ HEURE CONGELATION:
☐ Palbociclib (IBRANCE®) - [EXT]
☐ Pazopanib * (VOTRIENT®)
*PRESCRIT AVEC : ☐ Aspirine
☐ Regorafenib (STIVARGA®)
☐ Ribociclib (KISQALI®) - [EXT]
☐ Rucaparib (RUBRACA®) - [EXT] | ☐ Selumetinib (KOSELUGO®) - [EXT]
☐ Sorafenib (NEXAVAR®) - [EXT]
☐ Sotorasib (LUMYKRAS®) - [EXT]
☐ Sunitinib (SUTENT®)
☐ Talazoparib (TALZENNA®) - [EXT]
☐ Temozolomide # (TEMODAL®)
ACIDIFICATION A RECEPTION
☐ Trametinib (MEKINIST®)
☐ Vandetanib (CAPRELSA®)
☐ Veliparib - [EXT]
☐ Vemurafenib (ZELBORAF®) - [EXT]

☐ Autre 1 :

☐ Autre 2 : |
|---|---|--|

• Hormonothérapie

1 tube VERT / LH

RESIDUEL = AVANT la prise

- | | |
|---|---|
| ☐ Mitotane + métabolite (LYSODREN®) | ☐ Tamoxifène + métabolite |
|---|---|

• Anticorps monoclonaux

1 tube VERT / LH

- N° Cycle :** ☐ Avant le début de la perfusion ☐ 30min après la fin de la perfusion
- | | |
|---|---|
| ☐ Atezolizumab (TECENTRIQ®) - [EXT]
☐ Bevacizumab (AVASTIN®) - [EXT]
☐ Cetuximab (ERBITUX®) - [EXT]
☐ Ipilimumab (YERVOY®) - [EXT] | ☐ Nivolumab (OPDIVO®)
☐ Pembrolizumab (KEYTRUDA®)
☐ Rituximab (MABTHERA®) - [EXT]
☐ Trastuzumab (HERCEPTIN®) - [EXT] |
|---|---|

2- PHARMACOCINETIQUES & MODELISATIONS

INFORMATIONS NECESSAIRES POUR L'INTERPRETATION DES RESULTATS

Poids (kg) : _____ SC (m²) : _____ Créatinine (μM) : _____ DFG (mL/min) : _____
 Quantité administrée (mg) : _____ Volume perfusé (mL) : _____ Débit (mL/h) : _____
 Heure exacte de début de perfusion : _____ Heure exacte de fin de perfusion : _____

RECEPTION DES PRELEVEMENTS : centrifuger immédiatement, aliquoter et congeler (-20°C)

• Busulfan (BUSILVEX®) Schéma 16 doses

1 tube VERT sans gel / LH

Dose monitorée : ☐ 1 ☐ 9 ☐ 13 ☐ Autre : _____

	Prélèvements	Temps	Heure théorique	Heure réelle	Initiales
☐	T0	Pré dose = <u>AVANT</u> perfusion			
☐	T 2h30	30min <u>APRES FIN</u> de la perfusion			
☐	T 6h	6h <u>APRES DEBUT</u> de la perfusion			

ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE

• Fludarabine

1 tube VERT sans gel / LH

	Prélèvements	Temps	Heure théorique	Heure réelle	Initiales
☐	T 30min	P1 = 30min <u>APRES FIN</u> de perfusion			
☐	T 2h	P2 = 2h <u>APRES FIN</u> de perfusion			
☐	T 6h	P3 = 6h <u>APRES FIN</u> de perfusion			
☐	T 12h	P4 = 12h <u>APRES FIN</u> de perfusion			

ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE

• Melphalan

☐ Dose Test (10' - Pousse seringue)

☐ Dose pleine

1 tube VERT sans gel / LH

	Prélèvements	Temps	Heure théorique	Heure réelle	Initiales
☐	T0	P1 = Pré dose = <u>AVANT</u> perf.			
☐	T 5 min	P2 = 5 min <u>APRES LA FIN</u> de perf.			
☐	T 23 min	P3 = 23 min <u>APRES LA FIN</u> de perf.			
☐	T 1h30	P4 = 1h30 <u>APRES LA FIN</u> de perf.			
☐	T 2h	P5 = 2h <u>APRES LA FIN</u> de perf.			
☐	T 4h*	P6 = 4h <u>APRES LA FIN</u> de perf.			

ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE

* T 3h si Dose Test

• Platines

2 tubes VERT sans gel / LH

☐ Carboplatine **ENVOYER LES PRELEVEMENTS AU FUR ET A MESURE**

	Prélèvements	Temps	Heure théorique	Heure réelle	Initiales	Heure centrifugation	Heure congélation
☐	T -5min	P1 = 5min <u>AVANT LA FIN</u> de la perf.					
☐	T +1h	P2 = 1h <u>APRES LA FIN</u> de la perf.					
☐	T +4h	P3 = 4h <u>APRES LA FIN</u> de la perf.					

☐ Cisplatine ou

☐ Oxaliplatine

PRENDRE CONTACT AVEC LE LABORATOIRE AVANT PRELEVEMENT

3- BIOMARQUEURS

Pathologie :

1 tube ROUGE sans gel

Contexte :

☐ Diagnostic initial

☐ Rechute

☐ Suivi sous traitement

Mutation :

☐ IDH

☐ SDH

☐ Inconnu

☐ 2-HGA (D & L) ou 2-Hydroxyglutarate

☐ Succinate

4- AUTRES DEMANDES / COMMENTAIRES

Signature du prescripteur :