

Etiquette PATIENT :

Nom :
Prénom :
Date de naissance

**Médecin prescripteur :
Etiquette APH**

Dr f :

**Identité service
UH**

**Préleveur
(APH ou Nom + qualité)**

INFORMATIONS PATIENT

Pas de résultat dans Cyberlab

• Poids : Kg • Taille : cm • Surface corporelle :m² • Créatininémie : µmol/L Insuffisance hépatique

INFORMATIONS TRAITEMENT

• Posologie : mg toutes les h • Voie d'administration : IV Durée de perfusion : min per os

• Date et heure du prélèvement :
• Date et heure de dernière administration du médicament :

<input type="checkbox"/> Concentration résiduelle : le/...../..... àh..... le/...../..... àh.....	<input type="checkbox"/> Concentration au pic : le/...../..... àh..... le/...../..... àh.....
---	---

MÉDICAMENT A DOSER

• Date début traitement :/...../..... • Indication :

• Médicament pris : à jeun pendant un repas
• Motif de dosage : suivi systématique mauvaise réponse
 interactions effets indésirables :

• Greffe :
• J post-greffe : jours

Inhibiteurs de Kinase (ITK, B-RAF, MEK)	
<input type="checkbox"/> Alectinib (Alecensa®)	<input type="checkbox"/> Nintedanib (Vargatef®)
<input type="checkbox"/> Afatinib (Giotrif®)	<input type="checkbox"/> Niraparib (Zejula®)
<input type="checkbox"/> Cabozantinib (Cabometyx®)	<input type="checkbox"/> Olaparib (Lynparza®)
<input type="checkbox"/> Cobimetinib (Cotellic®)	<input type="checkbox"/> Osimertinib (Tagrisso®)
<input type="checkbox"/> Crizotinib (Xalkor®)	<input type="checkbox"/> Palbociclib (Ibrance®)
<input type="checkbox"/> Dabrafenib (Tafinlar®)	<input type="checkbox"/> Pazopanib (Votrient®)
<input type="checkbox"/> Erlotinib (Tarceva®)	<input type="checkbox"/> Sorafenib (Nexavar®)
<input type="checkbox"/> Gefitinib (Iressa®)	<input type="checkbox"/> Sunitinib (Sutent®)
<input type="checkbox"/> Imatinib (Glivec®)	<input type="checkbox"/> Trametinib (Mekinist®)
<input type="checkbox"/> Letrozole	<input type="checkbox"/> Vandetanib (Caprelsa®)
<input type="checkbox"/> Nilotinib (Tasigna®)	<input type="checkbox"/> Vemurafenib (Zelboraf®)

• Prélèvement sur tube hépariné ou EDTA
• Temps prélèvement recommandés :
résiduelle pour tous les ITK ± Pic (3h après prise) pour imatinib et nilotinib
Dasatinib : T 2h (évaluation efficacité) – T24h évaluation risque toxicité

Médicament	Temps de prélèvements recommandés
<input type="checkbox"/> Abiratérone (Zytiga®)	Rés.
<input type="checkbox"/> Activité cytidine déaminase (tube sec)	Avant initiation du traitement
<input type="checkbox"/> Enzalutamide	Rés.
Méthotrexate (MTX)	Utiliser la feuille de demande de la plateforme SDBA (PTR)
<input type="checkbox"/> Mitotane (op'DDD) + métabolites	Rés.

• Prélèvement sur tube hépariné
• MTX : Aluminium + prélèvement 4°C si transport > 3h

Médicaments de l'immunité (greffe, cancer...)	
<input type="checkbox"/> Ciclosporine (Néoral®...)	Utiliser la feuille de demande de la plateforme SDBA (PTR)
<input type="checkbox"/> Mycophénolate	<input type="checkbox"/> Cellcept - si greffe hépatique : T0 h, T 20min, T1 h et T 3 h si greffe rénale : T0 h, T 30min et T 2 h <input type="checkbox"/> Myfortic® : T0 h Utiliser la feuille de demande de la plateforme SDBA (PTR)
<input type="checkbox"/> Tacrolimus (Advagraf®, Prograf®)	Utiliser la feuille de demande de la plateforme SDBA (PTR)
<input type="checkbox"/> Hydroxychloroquine + métabolites (Plaquenil®)	<input type="checkbox"/> T0 h
<input type="checkbox"/> Nivolumab (Opdivo®)	<input type="checkbox"/> T0 h <input type="checkbox"/> T 1 h
<input type="checkbox"/> Pembrolizumab (Keytruda®)	<input type="checkbox"/> T0 h <input type="checkbox"/> T 1 h
<input type="checkbox"/> Rituximab (Mabthera®)	<input type="checkbox"/> T0 h

• Prélèvement Hydroxychloroquine, Ciclosporine, Tacrolimus et mycophénolate (tube EDTA)
• Prélèvement Nivolumab, Pembrolizumab et Rituximab (tube EDTA/héparinate de lithium)