eurofins | Biomnis

Calcul de l'aire sous la courbe de Mycophénolate Cellcept®

MÉDECIN PRESCRIPTEUR ET/OU LABORATOIRE PRÉLEVEUR

MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom : .....

Hôpital/service : .....

.....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

Nom : .....

☐ Hôpital ☐ LBM

CP : |_|_|_|_|_| Ville : .....

Tél. : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

Fax : |_|_|_|_|_|_|_|_|_|_|

PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....

Nom de naissance : ..... Sexe : ☐ F ☐ M

Date de naissance : |_|_|_|_|_|_|_|_|

CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ **Suivi de maladie auto-immune** **Type de pathologie :** .....

☐ **Suivi de patient greffé**

Type de greffe : ☐ Rein ☐ Poumon ☐ Foie ☐ Coeur

Date de la greffe : |_|_|_|_|_|_|_|_|

☐ **Autre motif de la demande :** .....

TRAITEMENT

Date de début de traitement au mycophénolate : |_|_|_|_|_|_|_|_|

Dose le matin : ..... mg

Dose le midi : ..... mg

Dose le soir : ..... mg

Délai entre chaque prise : ☐ 8 h ☐ 12 h ☐ 24 h ☐ 2 j ☐ 3 j

Immunosuppresseur associé : ☐ NON ☐ OUI,

☐ Ciclosporine ☐ Tacrolimus ☐ Sirolimus ☐ Corticoïdes ☐ Autre : .....

Patient diabétique : ☐ OUI ☐ NON

CINÉTIQUE

Date de prélèvement : |_|_|_|_|_|_|_|_|

T0 (avant la prise) : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)*

Heure de la prise : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)*

T20 min (après la prise) : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)* T..... min *(après la prise)* : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)*

T60 min (après la prise) : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)* T..... min *(après la prise)* : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)*

T180 min (après la prise) : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)* T..... min *(après la prise)* : |_|_| h |_|_| min *(heure réelle)*

Si la demande de l'AUC concerne la Myfortic® il faut impérativement avoir les temps T0, T20 min, T40 min, T1h, T2h, T3h, T4h, T6h, T8h, T10h, T12h.

Ces analyses font l'objet d'une retransmission.