

## Dosage Antiviraux dans plasma

Laboratoire de Toxicologie et Pharmacocinétique CHU Poitiers 86021 Poitiers Cedex Tel : 05 49 44 49 83 – 05 49 44 49 80	<b>Adresse à laquelle doivent être envoyés les résultats</b>   <b>Médecin demandeur (nom et numéro de téléphone)</b>
--	---

**Informations concernant le patient**

Nom : ..... Date de Naissance : .....

Prénom : ..... Sexe : .....

Poids / Taille : ..... Charge virale : .....

**Médicament à doser** (plasma prélevé sur héparinate de Li sans gel) :

<input type="checkbox"/> Amprénavir	<input type="checkbox"/> Atazanavir	<input type="checkbox"/> Darunavir
<input type="checkbox"/> Efavirenz	<input type="checkbox"/> Etravirine	<input type="checkbox"/> Lopinavir
<input type="checkbox"/> Maraviroc	<input type="checkbox"/> Nevirapine	<input type="checkbox"/> Raltégravir
<input type="checkbox"/> Raltégravir	<input type="checkbox"/> Ribavirine	<input type="checkbox"/> Ritonavir
<input type="checkbox"/> Saquinavir		

**Prélèvement**

Date et heure de la dernière prise .....

Date et heure des prélèvements :  Cmin ou résiduel (idéalement juste avant la prise)  
Date et heure réelle de prélèvement : .....

Cmax ou pic (temps de prélèvement variable selon la molécule) :  
Date et heure réelle de prélèvement:.....

**Traitement antiviral en cours**

Médicament	Dose	Nombre de prises	Rythme d'administration	Début du traitement
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

**Autres médicaments associés**

**Motivation de la demande**

Inefficacité du traitement antiviral par : <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance</li> <li><input type="checkbox"/> Malabsorption</li> <li><input type="checkbox"/> Résistance virale</li> </ul>	Interaction médicamenteuse (préciser) :  Survenue d'effets indésirables (préciser) :
--	--