

Cadre réservé au laboratoire

Nombre de spécimens
reçus :

Conformité de la demande :
OUI NON

Signature :

Demandeur :

HOPITAL /SERVICE

Dr

Tél:

Qualité du préleveur :
.....

Nom du préleveur :

Date de prélèvement :

Heure de prélèvement :

N° d'identification
professionnel :
.....

**MONITORING ET AJUSTEMENT
POSOLOGIQUE DU BUSULFAN
ONCE DAILY**

Date de la demande : / /

DOSE N° : ☐ 1 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Autre :

• **INFORMATIONS PATIENT**

- NOM de naissance :

- NOM :

- Prénom :

- N°IP :

- Date de naissance :

- Sexe :

- Poids(Kg) :

- Surface corporelle (m²) :

ETIQUETTE
PATIENT

• **INFORMATIONS TRAITEMENT BUSULFAN**

- Date de l'administration :

- Heure exacte de début de perfusion :

- Heure exacte de fin de perfusion :

- Posologie (mg/kg/dose) :

- Quantité administrée par perfusion (mg) :

- Volume perfusé (mL) :

- Débit de perfusion (mL/h) :

• **INFORMATIONS PRELEVEMENTS - tube héparinate de Lithium sans gel, bouchon VERT, 5mL
Centrifuger, décanter et envoyer le plasma aliquoté et congelé (-20°C).**

Prélèvements	Timing des prélèvements / perfusion	Modalités prélèvements	Lieu effectif prélèvements	Heure théorique	Heure réelle
T0 Avant perfusion	Pré dose	KT			
T3h30 +3h et 30min après début perfusion	30min après arrêt perfusion	KT Purge +++			
T>7h >7h après début perfusion	Minimum 4h après l'arrêt de la perfusion et avant nouvelle administration	KT			

Coordonnées du Service de Pharmacologie

Pr. A. Paci Tel : 01 42 11 47 30

Dr. S. Broutin Tel : 01 42 11 40 57

http://intranet.igr.fr/index.php?p_id=2000

Dr. V. Poinignon
Laboratoire de pharmacologie

Tel : 01 42 11 61 92

Tel : 01 42 11 40 44

ETIQUETTE
PATIENT

DOSE N° : ☐ 1 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Autre :.....

Date de la demande : / /

• **INFORMATIONS CLINIQUES**

- Pathologie :
 - ☐ Adréno-leucodystrophie
 - ☐ Déficit HLA classe II
 - ☐ Déficit immunitaire non étiqueté
 - ☐ Drépanocytose
 - ☐ Granulomatose chronique septique
 - ☐ Lymphohistiocytose
 - ☐ Maladie de Hurler
 - ☐ Ostéopétrose
 - ☐ SCID
 - ☐ Syndrome de Griscelli
 - ☐ Wiskott Aldrich
 - ☐ Autre :
- Protocole du conditionnement de greffe :
- Numéro de la greffe :
- Nature du greffon :
- Principales raisons de la demande de monitoring :
 - ☐ Risque de rejet
 - ☐ Risque de toxicité
 - ☐ Altérations hépatiques
 - ☐ Age

• **INFORMATIONS BIOLOGIQUES AVANT CONDITIONNEMENT**

- ASAT (UI/l) :
- ALAT (UI/l) :
- γ GT (UI/l) :
- Bilirubine totale (UI/l) :
- Ferritine (ng/ml) :
- Fer (μ M) :
- Transferrine (g/l) :
- Protidémie (g/l) :
- CRP (mg/l) :
- Albuminémie (g/l) :
- Urée (g/l) :
- Créatininémie (mg/l) :

Coordonnées du Service de Pharmacologie

Pr. A. Paci Tel : 01 42 11 47 30
Dr. S. Broutin Tel : 01 42 11 40 57
http://intranet.igr.fr/index.php?p_id=2000

Dr. V. Poinçonon
Laboratoire de pharmacologie

Tel : 01 42 11 61 92
Tel : 01 42 11 40 44

ETIQUETTE
PATIENT

DOSE N° : ☐ 1 ☐ 3 ☐ 4 ☐ Autre :

Date de la demande : / / .

- **INFORMATIONS PHARMACEUTIQUES (co-médications)**

- **Anti-infectieux**

→ Aciclovir : oui / non

→ Aminosides : oui / non

Si oui, le ou lesquels :

→ Antifongiques : oui / non

Si oui, le ou lesquels :

→ Autres : oui / non

Si oui, le ou lesquels :

- Acide ursodésoxycholique : oui / non

Posologie :

- Antiépileptique : oui / non

Si oui, le ou lesquels :

- Autres médicaments hépatotoxiques :

- Autres médicaments hépato-protecteurs :

- **AUTRES INFORMATIONS**

Coordonnées du Service de Pharmacologie

Pr. A. Paci Tel : 01 42 11 47 30

Dr. S. Broutin Tel : 01 42 11 40 57

http://intranet.igr.fr/index.php?p_id=2000

Dr. V. Poinignon

Laboratoire de pharmacologie

Tel : 01 42 11 61 92

Tel : 01 42 11 40 44