

**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  
TWICE DAILY**

Date de la demande : / /

DOSE N° :  1  3  4  Autre : .....

**• INFORMATIONS PATIENT**

- NOM de naissance :	ETIQUETTE PATIENT	- Date de naissance :
- NOM :		- Sexe :
- Prénom :		- Poids(Kg) :
- N°IP :		- Surface corporelle (m <sup>2</sup> ) :

**• INFORMATIONS TRAITEMENT BUSULFAN**

- Date de l'administration :	- Posologie (mg/kg/dose) :
- Heure exacte de début de perfusion :	- Quantité administrée par perfusion (mg) :
- Heure exacte de fin de perfusion :	- 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
<b>T0</b> Avant perfusion	Pré dose	KT			
<b>T3h30</b> +3h et 30min après début perfusion	30min après arrêt perfusion	KT <b>Purge +++</b>			
<b>T&gt;7h</b> >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](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 :
- |                                                           |                                                |
|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Adrénoleucodystrophie            | <input type="checkbox"/> Maladie de Hurler     |
| <input type="checkbox"/> Déficit HLA classe II            | <input type="checkbox"/> Ostéopétrose          |
| <input type="checkbox"/> Déficit immunitaire non étiqueté | <input type="checkbox"/> SCID                  |
| <input type="checkbox"/> Drépanocytose                    | <input type="checkbox"/> Syndrome de Griscelli |
| <input type="checkbox"/> Granulomatose chronique septique | <input type="checkbox"/> Wiskott Aldrich       |
| <input type="checkbox"/> Lymphohistiocytose               | <input type="checkbox"/> <u>Autre</u> :        |
- Protocole du conditionnement de greffe :
- Numéro de la greffe :
- Nature du greffon :
- Principales raisons de la demande de monitoring :
- |                                                 |
|-------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Risque de rejet        |
| <input type="checkbox"/> Risque de toxicité     |
| <input type="checkbox"/> Altérations hépatiques |
| <input type="checkbox"/> Age                    |

• **INFORMATIONS BIOLOGIQUES AVANT CONDITIONNEMENT**

- ASAT (UI/l) :
- ALAT (UI/l) :
- $\gamma$ GT (UI/l) :
- Bilirubine totale (UI/l) :
- Ferritine (ng/ml) :
- Fer ( $\mu$ M) :
- Transferine (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](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 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](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