

Etiquette ORBIS Patient

Etiquette UH Etablissement

Prescripteur : .....

PPH1/2-03/22

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : .....  
Sexe : M F

Préleveur : .....

Téléphone : .....  
du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30

N° ENREGISTREMENT  
LABORATOIRE



Hôpitaux Universitaires PITIÉ-SALPÊTRIÈRE - CHARLES FOIX  
Département Médico-Universitaire BioGeM  
Suivi Thérapeutique Pharmacologique Spécialisé : Dr N. ZHR

Bâtiment Pharmacie - 3ème étage - Secteur Salpêtrière  
Biologistes de validation : 01.42.16.20.15  
01.42.16.20.22



Merci de cocher correctement les cases  
au stylo bille noir ou bleu

Date de prélèvement Jour : 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16  
17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
Mois : Jan Fev Mars Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

Heure : 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31  
Min : 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 55

NON CONSENTEMENT DU PATIENT (CYBERLAB)

### DEMANDE DE SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE

Date de mise sous traitement : ...../...../..... Date de la dernière prise : ...../...../..... Heure de la dernière prise: .....h.....

Dose totale : ..... mg/jour      Matin : .....mg      Midi : .....mg      Soir : .....mg

Indication : ..... **ECMO :**  Oui  Non

**Nombre de prises :** 1 2 3 **Voie :** Orale Injectable IVSE

**Motif de la demande :**  Suivi thérapeutique  Evaluation de l'observance  Suspicion de surdosage ou effets indésirables  
 Autre : .....

#### 1 tube par analyse EDTA

Date de la greffe \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  Rénale  Hépatique  Cardiaque  Allogreffe

**CYCLOSPORINE :**  NEORAL  SANDIMUN  T0 (Avant la prise)  T2h (Après la prise)

**TACROLIMUS :**  ADVAGRAF  ADOPORT  T0 (Avant la prise)  
 ENVARBUS  MODIGRAF

**EVEROLIMUS :**  AFINITOR  CERTICAN  T0 (Avant la prise)  
 VOTUBIA

**SIROLIMUS :**  RAPAMUNE  T0 (Avant la prise)

**Traitements associés :**  Antiépileptiques  Antifongiques  Antirétroviraux  
 Antidiabétiques : .....  Statines : .....  Autres : .....

#### 1 tube par analyse Heparine de lithium (prélèvement avant la prise) 1 tube par analyse

**ANTIFONGIQUES**  
 Fluconazole (Mycotan)  
 Isavuconazole (Crésemba)  
 Itraconazole (Sporanox)  
 Voriconazole (Vfend)  
 Posaconazole (Noxafil)  
-->  SUS  IV  CP  NC

**ANTIEPILEPTIQUES**  
 Lacosamide (Vimpat)  
 Lamotrigine (Lamictal)  
 Lévétiacétam (Keppra)  
 Topiramate (Epitimax)

**ANTIPSYCHOTIQUES**  
 Aripiprazole (Abilify)  
 Clozapine (Leponex)  
 Halopéridol (Haldol)  
 Olanzapine (Zyprexa)  
 Quétiapine (Xeroquel)  
 Risperidone (Risperdal)

**IMMUNOMODULATEURS**  
 Hydroxychloroquine (Plaquenil)

**ANTIVIRAUX**  
 Aciclovir/Valaciclovir (Zovirax/Zelitrex)  
 Ganciclovir/Valganciclovir (Cymevan/Rovalcyte)



## CINETIQUES IMMUNOSUPPRESSEURS

Tube mauve 6 mL EDTA

Date de mise sous traitement : ...../...../..... Date de la dernière prise : ...../...../..... Heure de la dernière prise: .....h.....

Dose totale : ..... mg/jour    Matin : .....mg    Midi : .....mg    Soir : .....mg

Nombre de prises :  1  2  3    Voie :  Orale  Injectable  IVSE ACIDE MYCOPHENOLIQUE (Cellcept)  
TRANSPLANTATION

## Transplantation

 Rénale  Hépatique  Cardiaque  Allogreffe

Date de la greffe \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

## Prélèvements (1 tube/temps)

 T0 (avant la prise) .....h.....

Dose .....mg .....h.....

 20 min+/- 10 min après la prise .....h..... 60 min+/- 15 min après la prise .....h..... 180 min+/- 30 min après la prise .....h.....

## Traitement associé :

 Tacrolimus  Everolimus  Ciclosporine  Sirolimus ACIDE MYCOPHENOLIQUE (Cellcept)  
MALADIES AUTO-IMMUNES

## Maladies auto-immunes

 Lupus  Autre : .....

## Prélèvements (1 tube/temps)

 T0 (avant la prise) .....h.....

Dose .....mg .....h.....

 40 min+/- 10 min après la prise .....h..... 120 min+/- 15 min après la prise .....h..... 180 min+/- 30 min après la prise .....h.....

## Traitement associé :

 Corticoïdes  Hydroxychloroquine

NON CONFORMES (cadre réservé au laboratoire) NB: la présence de non-conformité(s) entraînera un retard sur le rendu des résultats

## Non conformités :

 Renseignement absent / incomplet UH absente / illisible Prescripteur absent / illisible Préleveur absent / illisible Tube sans prescription Date prél. absente / erronée Heure prél. absente / erronée

Analyse(s):.....

 Demande annulée  Analyse exceptionnellement réalisée

## Non conf. discontinuantes :

 Echantillon non identifié Echantillon manquant Prescription non identifiée Discordance d'identité éch / prescrit Echantillon coagulé Tube mal rempli (hémostase, VS) Quantité d'échantillon insuffisante Echantillon arrivé accidenté Discordance nature éch / analyse Contenant non adapté Conditions de transport non respectées Tube ou flacon vide Délai acheminement dépassé Absence de seniorisation Présence bulles d'air seringue GDS Serv. prévenu Serv. non prévenu Serv. injoignable