

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. Zahr

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 Aout Sep Oct Nov Dec

Heure : 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 40 45 50 55

NON CONSENTEMENT DU PATIENT (CYBERLAB)

SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE ANTICANCEREUX

Date de mise sous traitement : le/...../.....

Motif de la demande : Suivi thérapeutique Suspicion de surdosage Evaluation de l'observance

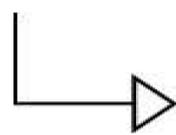
Effets indésirables : NON Si OUI lesquels:

Créatininémie :µmol/L **Insuffisance hépatique :** NON OUI

ANTICANCEREUX ORAUX

Tube vert foncé 6 ml - Héparine de lithium (prélèvement avant la prise)

	Posologie	Date et heure Dernière prise
<input type="checkbox"/> Abiraterone (Zytiga)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Afatinib (Giotrif)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Alectinib (Alecensa)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Axitinib (Inlyta)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Binimétinib (Mektovi)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Bosutinib (Bosulif)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Brigatinib (Alunbrig)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Cabozantinib (Cabométix)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Capmatinib	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Cobimetinib (Cotellic)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Crizotinib (Xalkori)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Dabrafenib (Tafinlar)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Dasatinib (Sprycel)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Enzalutamide (Xtandi)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Erlotinib (Tarceva)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Géfitinib (Iressa)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Imatinib (Glivec)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Lenvatinib (Lenvima)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Nilotinib (Tasigna)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Osimertinib (Tasigna)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Palbociclib (Kisqali)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Pazopanib (Votrient)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Ponatinib (Iclusig)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Régorafénib (Stivarga)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Ribociclib (Kisqali)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Ruxolitinib (Jakavi)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Sorafenib (Nexavar)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Sunitinib (Sutent)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Tramétinib (Mekinist)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Vandetanib (Caprelsa)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....
<input type="checkbox"/> Vemurafenib (Zelboraf)	.....mg x ...../jour	le/...../..... à .....h.....





Ibrutinib (Imbruvica) posologiemg x/jour Dernière prise le/..... àh.....

Prélèvement (1tube/temps)

- T0 (avant la prise)h.....
 120 min après la priseh.....
 240 min après la priseh.....

SPECIMEN - NON IMPRIMABLE

NON CONFORMITÉS (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

Non conf. discontinuantes :

- Echantillon non identifié
 Echantillon manquant
 Prescription non identifiée
 Discordance d'identité éch / prescript
 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

Analyse(s):.....

- Demande annulée Analyse exceptionnellement réalisée Serv. prévenu Serv. non prévenu Serv. injoignable