

A TRANSMETTRE AU LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE
(Tél :02.99.28.42.80 / Fax : 02.99.28.41.84)

Etiquette patient

Poids :

Service demandeur

Taille :

Créatinine sérique :µmol/L

Prélèvement = tube hépariné **SANS GEL** (bouchon vert foncé). **Téléphoner** à la **RECEPTION ANALYSE SUD** si **service de pédiatrie pour prévenir de l'AUC (tél 63912)**, puis à **envoyer au fur et à mesure dans la glace au laboratoire de biologie médicale du centre (Instabilité du ganciclovir)**. Volume minimal / tube : 1 mL de sang total

Date de début de traitement/...../.....	
Posologiemg x/ j	<input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> oral
Motif de la demande	<input type="checkbox"/> Surveillance <input type="checkbox"/> Echec thérapeutique <input type="checkbox"/> Effets indésirables	
Date et heure de l'administration précédente (avant la cinétique)	Le/...../..... àh.....min	
L'AUC va être estimée à partir de 4 prélèvements		
DATE des prélèvements/...../.....	
T0	Heure PRECISE du prélèvement à T0 (résiduelle juste avant administration)h.....min
Heure EXACTE de l'administration du ganciclovir	h.....min
T1	Heure PRECISE du prélèvement 1h après l'administration per os ou juste après la fin de perfusion pour l'injection IVh.....min
T2	Heure PRECISE du prélèvement 2h après l'administration per os ou le début de l'injection IVh.....min
T3	Heure PRECISE du prélèvement 3h après le début de l'injection si IV (CYMEVAN) OU 6h après l'administration si per os (ROVALCYTE)h.....min

*Traitement pré-analytique par le laboratoire, réception de l'hôpital sud si service de pédiatrie : à **réaliser immédiatement** à réception du tube (paramètre instable) Centrifuger, aliquoter en 2 aliquots de plasma, congeler à -20°C*