



Fiches de renseignements cliniques

Mycophénolate (CELLCEPT®, MYFORTIC®)

GREFFE & MALADIES AUTO-IMMUNES

SOMMAIRE

GREFFE

EN000615 – Fiche AUC Myfortic® – Greffe rénale / Tacrolimus page 2

EN000616 – Fiche AUC Cellcept® greffe VO page 3

EN000617 – Fiche AUC Cellcept® voie IV page 4

MALADIES AUTO-IMMUNES

EN000612 – Fiche AUC Cellcept®– Lupus page 5

EN000613 – Fiche AUC Cellcept® – Cytopénie AI pédiatrie page 6

EN000614 – Fiche AUC Cellcept®– Hépatite Auto-immune (HAI) page 7

EN000618 – Fiche AUC Cellcept® – Syndrome néphrotique pédiatrie page 8

Emetteur : PHARMACOLOGIE

Date d'application : 04/03/2016

 Document lié : [LBM IT 00758 Calculer l'AUC du mycophénolate mofétil par l'utilisation du logiciel d'adaptation bayésienne des immunosuppresseurs-ABIS](#)

A TRANSMETTRE AU LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE

 Fiche disponible sur le site intranet du pôle (accès via le [manuel de prélèvement](#), paramètre Myfortic®)

Etiquette patient

Service demandeur

TYPE DE GREFFE	Rénale			
Date de la greffe				
Dose de Myfortic®	----- mg x 2 par jour			
Anticalcineurine associée	Tacrolimus			
Corticoïdes	Oui		Non	
Indication de l'AUC	Suivi systématique	Effet indésirable	Rejet	Autre :
Date de réalisation de l'AUC				
MYCPH	T0	..... h.....	(cocher mycophénolate T0)	
Sur le bon de prescription, cocher : <u>Mycophénolate cinétique</u>				
Heure de Prise du Myfortic®	..... h.....			
MYT1	1h après la prise	..... h.....	(cocher T1)	
MYT2	2h après la prise	..... h.....	(cocher T2)	
MYT3	4h après la prise	..... h.....	(cocher T3)	

!! Prélèvement = Tube hépariné SANS GEL (vert foncé) **ENVOI groupé (garder au frigo avant envoi)

Emetteur : PHARMACOLOGIE

Date d'application : 27/03/2024

LBM IT 00758 Calculer l'AUC du mycophénolate mofétil par l'utilisation du logiciel d'adaptation bayésienne des immunosupprimeurs-ABIS
 Disponible sur le site Intranet du Pôle Biologie (via [le manuel de prélèvement](#)).

Administration IV sur 2h

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

Etiquette patient

Service demandeur

TYPE DE GREFFE		Cœur	Foie	Rein	Moelle osseuse
Date de la greffe					
Dose de Cellcept®		----- mg x 2 par jour			
Anticalcineurine associée		Ciclosporine	Tacrolimus	Everolimus	
		Sirolimus	Autre :		
Indication de l'AUC		Suivi systématique	Effet indésirable	Rejet	Autre :
Date de réalisation de l'AUC					
MYCPH	T0 (avant la perfusion)	..... h.....			(cocher MycophénolateT0)
Sur le bon de prescription, cocher : <u>Mycophénolate cinétique</u>					
Administration IV du Cellcept® sur 2h		De h..... à h.....			
MYT1	20 min après début perfusion	..... h.....			(cocher T1)
MYT2	2h (fin de perfusion)	..... h.....**			(cocher T3)
MYT3	3h après début perfusion	..... h.....			(cocher T4) Soit 1h après fin de perfusion
MYT4	5h après début perfusion	..... h.....**			(cocher T5) Soit 3h après fin de perfusion

!!Prélèvement = Tube hépariné SANS GEL (vert foncé) **ENVOI groupé : T1-2-3, puis T4 (garder au frigo avant envoi)
 Le T4, soit 5h après le début de perfusion, est facultatif si l'indication est greffe de moelle osseuse, mais à réaliser dans les autres indications.

Emetteur : PHARMACOLOGIE

Date d'application : 04/03/2016

LBM IT 00758 Calculer l'AUC du mycophénolate mofétil par l'utilisation du logiciel d'adaptation bayésienne des immunosupprimeurs-ABIS

 Disponible sur le site Intranet du Pôle Biologie (via le [manuel de prélèvement](#))

Fiche synthétique à transmettre au laboratoire de Pharmacologie

Etiquette patient

UF Service

Taille :

Poids :

Date de début de traitement par Cellcept®		
Dose de Cellcept®		----- mg x ---- par jour
Traitement associé	Corticothérapie	oui / non
	Nom du corticoïde :	
	Dose journalière :	mg / jour
Hydroxychloroquine (Plaquenil®)		oui / non
	Dose journalière :	mg / jour
Autre :	ciclosporine	everolimus
	sirolimus	tacrolimus
Date de réalisation de l'AUC		
MYCPH	T0	..... h..... (cocher mycophénolate T0)
Sur le bon de prescription, cocher : <u>Mycophénolate cinétique</u>		
Heure de Prise du Cellcept®		..... h.....
MYT1	40min après la prise	..... h..... (cocher T1)
MYT2	120 min après la prise	..... h..... (cocher T2)
MYT3	180 min après la prise	..... h..... (cocher T3)

!! Prélèvement = Tube hépariné SANS GEL (vert foncé)

****ENVOI groupé (garder au frigo avant envoi)**

Emetteur : PHARMACOLOGIE

Date d'application : 07/08/2014

Document lié LBM IT 00758 Calculer l'AUC du mycophénolate mofétil par l'utilisation du logiciel d'adaptation bayésienne des immunosuppresseurs-ABIS. (TEL : 02.99.28.42.80 / FAX : 02.99.28.41.84)

A TRANSMETTRE AU LABORATOIRE

DE PHARMACOLOGIE

Date de début de traitement par Cellcept®	
Dose de Cellcept®	Le matin ----- mg Le midi -----mg Le soir ----- mg Heure de prise la veille au soir : -----
Forme	Sirop / Gélules / Comprimés
Motif de la demande	<input type="radio"/> Non réponse <input type="radio"/> Effets indésirables <input type="radio"/> Suivi systématique
Date du diagnostic initial	
Type de cytopénie	<input type="radio"/> Anémie hémolytique auto-immune <input type="radio"/> Purpura thrombopénique immunologique <input type="radio"/> Syndrome d'Evans (AHAI + PTI dissociés dans le temps) <input type="radio"/> Syndrome d'Evans (AHAI + PTI simultanés)
Gravité clinique le jour de l'AUC	AHAI : grade 1 – 2 – 3 NA
	PTI : grade 1 – 2 – 3 – 4 – 5 NA
Traitements associés	<input type="radio"/> Corticothérapie : Cortancyl® ou Solupred® ou Solumédrol®
	<input type="radio"/> Ciclosporine : Oui / Non
	<input type="radio"/> Autres (préciser) :

Etiquette patient

Taille :

Poids :

Etiquette service

Date de la cinétique	
T0	
Heure de prise du Cellcept®	
T 20min	
T 40min	
T 1h	
T 2h	
T 3h	
T 4h	
T 6h	
T 9h	
T 12h	

Tous ces renseignements sont **obligatoires** pour obtenir une estimation de l'AUC d'acide mycophénolique dans ce contexte. Merci

Il est nécessaire de prélever **au moins 6** des 10 temps

Indiqués ci-dessus et d'indiquer **l'heure réelle du prélèvement**

Disponible sur le site Intranet du Pôle Biologie. (accès via le [manuel de prélèvement](#))

Emetteur : PHARMACOLOGIE

Date d'application : 30/07/2014

Document lié à l'IT 00758.

Fiche synthétique à transmettre au laboratoire de Pharmacologie Biologique
Tél : 02 99 28 42 80 / Fax : 02 99 28 41 84

 Fiche disponible sur le site intranet du pôle (accès via le [manuel de prélèvement](#), paramètre CellCept®)

Etiquette patient

Etiquette service

Taille :

Poids :

Adresse mail du prescripteur :

@chu-rennes.fr

Bandelette urinaire : 0 traces + ++ +++ ++++

Date de début de traitement par Cellcept®	
Dose de Cellcept®	Le matin ----- mg
	Le midi ----- mg
	Le soir ----- mg
	Heure de prise la veille au soir : -----
Posologie stable depuis ≥ 3 jours	Oui / Non
Traitement associé	Cortancyl oui / non
	Dose par prise : mg
	Nombre de prise / jour :
	Tacrolimus oui / non
	Dose par prise : mg
	Nombre de prise / jour :
	Ciclosporine oui* / non**
	Dose par prise : mg
	Autres traitements : oui / non
	Préciser :
Forme	Sirop / Gélules / Comprimés

Date de la cinétique	
T0	
Heure de prise du Cellcept®	
T 20min	
T 40min	
T 1h	
T 2h	
T 3h	
T 4h	
T 6h	
T 9h	
T 12h	

*Si association à la ciclosporine, il est nécessaire de prélever au moins 6 des 10 temps indiqués ci-dessus.

Si traitement MMF sans ciclo : seuls les points T20, T1h et T3h sont obligatoires. **Indiquer l'heure réelle du prélèvement !

Tous ces renseignements sont nécessaires pour obtenir une estimation de l'AUC d'acide mycophénolique dans ce contexte