CHU Rennes	Fiche de dosage RUXOLITINIB (JAKAVI®)	Codification : LBM EN 002759
		Version : 03
Emetteur : PHARMACOLOGIE	Date d'application : 30/03/2022	

Lié à l'IT LBM IT 02340 Doser les inhibiteurs de la tyrosine kinase par chromatographie liquide couplée à une détection par spectrométrie de masse

Identité du malade (ou étiquette patient)	**Coordonnées du service clinique**
Etiquette avec numéro identifiant **ou** Nom : ……Nom de jeune fille : …… Prénom : …… Sexe : ……..Date de naissance : ……../……../……..	Téléphone : …….. Fax :…….. **Médecin prescripteur : ……** Service : …… Adresse complète : ……

Renseignements cliniques (à remplir pour faciliter la modélisation de l'AUC) :		
Patient	**Poids :** ……kg **Taille :** …….. m	
Pathologie	**Maladie initiale :** …….. **Date de greffe :** ……/……/…… **Date de début de la GVH :** …../…../….. **Localisation(s) de la GVH** : ☐ cutanée ☐ digestive ☐ hépatique ☐ pulmonaire ☐ autre (préciser) : **……** **Grade GVH :** ☐ I/II ☐ III/IV **Type de GVH :** ☐ aigue ☐ chronique	
Efficacité	☐ **Réponse complète** (résolution complète de toutes les manifestations dans tous les organes) ☐ **Réponse partielle** (RP d'au moins un organe sans progression d'un autre organe) ☐ **Echec thérapeutique** (Absence d'amélioration ou progression d'au moins 1 stade sur un organe déjà atteint ou apparition d'une GVH sur un organe non antérieurement atteint ou nécessité d'ajout d'un traitement pour contrôler la GVH)	
Effets indésirables (liés au ruxolitinib)	**Hématologique :** ☐ anémie : …… g/dL ☐ neutropénie : ……G/L – sous GCSF : ☐ oui ☐ non *Autonomie transfusionnelle:* Plaquettes : ☐ non ☐ oui → Plaquettes = ……G/L Hématies : ☐ non ☐ oui → Hématies = ……G/L	
	Troubles hépatiques : ☐non ☐oui AST:…… UI/L ALT : ……UI/L Bilirubine totale : …….. µmol/L **Albumine sérique :** ……..g/L **Créatinine sérique :** ……µmol/L	**Réplication virale :** ☐ Non ☐ CMV ☐ EBV ☐ Adénovirus ☐ autre (préciser) …Charge virale : …… Log **Autre EI** : ……

Renseignements sur le traitement			
Date de début de traitement	…../…../…..		
Posologie de JAKAVI® (mg)	Matin	Midi	Soir
Médicaments associés (semaine précédant le dosage)	**Joindre l'ordonnance du jour**		
Date et heure de la dernière administration (avant le T0)	Le ……./……./……. à I__II__I h I__II__I min		

Prélèvement Conditions de prélèvement : 1 TUBE Hépariné **sans gel / temps (envoi groupé des 4 prélèvements au laboratoire, conserver au frigo dans le service avant envoi)** (à centrifuger – décanter – aliquoter (plasma) - congeler à -20 °C – par le laboratoire du centre)	
DATE des prélèvements	**……../……../……..**
Heure PRECISE du **prélèvement du T0** (avant la prise)	I__II__I h I__II__I min
Heure EXACTE d'administration du JAKAVI®	**I__II__I h I__II__I min**
Heure PRECISE du **prélèvement T1h** (après la prise)	I__II__I h I__II__I min
Heure PRECISE du **prélèvement T2h** (après la prise)	I__II__I h I__II__I min
Heure PRECISE du **prélèvement T6h** (après la prise)	I__II__I h I__II__I min

Envoyer les aliquots de plasma congelé (-20°C ou -80°C) à :

- **Laboratoire de pharmacologie – CHU de Rennes : Hôpital Pontchaillou, 2 rue Henry le Guilloux, 35033 RENNES – 02 99 28 42 80**