

MEDECIN PRESCRIPTEUR  
+ N° INAMI + Signature

**Veuillez fixer les tubes  
sur le bon  
au moyen  
d'un sparadrap transparent**

Place réservée au CGL

Badge patient

**18 V2**

U.C.L.  
CLINIQUES UNIVERSITAIRES SAINT-LUC - a.s.b.l.  
**MONITORING THERAPEUTIQUE DE MEDICAMENTS (°)**

Tél. : 02.764.67.00 - 02.764.68.30  
837 M LD 681054 P.W.

UNITE DE SOINS / N° LIT :  
Date, heure du prélèvement :

P + ..... €

Extra Muros

(°) Conformément à l'A.R. du 09.12.1994.

Couleur bouchon : Bl. : blanc - Br. : brun - R. : rouge - Or. : orange - V. : vert - J. : jaune.

PATIENT		MEDICAMENTS		ECHANTILLONS
Poids (kg) : Taille (cm) :	Résultats biologiques	<b>CARDIOTONIQUES</b> <small>Bl. moyen**</small> DIGO 1 <input type="checkbox"/> Digoxine	<b>ANTIPILEPTIQUES</b> <small>Bl. moyen**</small> DPH 31 <input type="checkbox"/> Phénytoïne PHEN 32 <input type="checkbox"/> Phénobarbital CAZP 33 <input type="checkbox"/> Carbamazépine PHET 34 <input type="checkbox"/> Phénéturide*** VALP 35 <input type="checkbox"/> Valproate PRIM 36 <input type="checkbox"/> Primidone*** ETHO 37 <input type="checkbox"/> Ethosuximide***	Nature : <input type="checkbox"/> sérum <small>Bl. moyen</small> <input type="checkbox"/> sang <small>R. moyen</small>
<input type="checkbox"/> Postopératoire <input type="checkbox"/> Greffé rénal <input type="checkbox"/> Greffé hépat. <input type="checkbox"/> Greffé card. <input type="checkbox"/> Greffé moëlle oss. <input type="checkbox"/> Insuff. rénale <input type="checkbox"/> Insuff. hépat. <input type="checkbox"/> Insuff. card. <input type="checkbox"/> Dialysé <input type="checkbox"/> Fumeur <input type="checkbox"/> Alcoolique <input type="checkbox"/> Enceinte <input type="checkbox"/> Œdème, Ascite <input type="checkbox"/> Mucoviscidose <input type="checkbox"/> Prématuré <input type="checkbox"/> Brûlé <input type="checkbox"/> Septicémie <input type="checkbox"/>	<u>Plasma</u> Urée (mg/dl) : Créat. (mg/dl) : Protéines (g/dl) : Bili. dir. (mg/dl) : Bili. tot. (mg/dl) : K (mEq/L) :  <u>Sang</u> G.B. (/mm <sup>3</sup> ) : Hb (g/dl) :  <u>Microbiologie</u> Flore :	<b>ANTIARYTHMIQUES</b> <small>Bl. moyen**</small> AMIO 2 <input type="checkbox"/> Amiodarone+métab. <b>ANALEPTIQUES RESPIRATOIRES</b> <small>Bl. moyen**</small> THEO 3 <input type="checkbox"/> Théophylline      CAFE 4 <input type="checkbox"/> Caféine (nouveau-né)*** <b>IMMUNOSUPPRESSEURS</b> <small>R. moyen**</small> <b>CYTOSTATIQUES</b> <small>Bl. moyen**</small> CICLO 5 <input type="checkbox"/> Ciclosporine      METO 11 <input type="checkbox"/> Méthotrexate* CICLO2 6 <input type="checkbox"/> Ciclosporine 2h SIRO 7 <input type="checkbox"/> Sirolimus EVERO 8 <input type="checkbox"/> Everolimus TAC 9 <input type="checkbox"/> Tacrolimus MPA 10 <input type="checkbox"/> Ac. Mycophenolique	CLOB 39 <input type="checkbox"/> Clobazam NITRA 40 <input type="checkbox"/> Nitrazépan LORA 41 <input type="checkbox"/> Lorazépan DIAZ 15 <input type="checkbox"/> Diazépan MIDA 16 <input type="checkbox"/> Midazolam LEVET 42 <input type="checkbox"/> Levetiracetam LAMO 43 <input type="checkbox"/> Lamotrigine OXCAR 44 <input type="checkbox"/> Oxcarbazépine+métab. <b>DIVERS</b> ** SLI 45 <input type="checkbox"/> <small>Bl. moyen**</small>	Médic. administré : Dose : Heure de prise de sang : <b>VOIE D'ADMINISTRATION</b> Heure : ..... <input type="checkbox"/> per os ..... : <input type="checkbox"/> i.v. ..... : <input type="checkbox"/> ..... : <input type="checkbox"/> ..... :
<b>DIAGNOSTIC CLINIQUE</b>		<b>ANTIBIOTIQUES</b> <small>Bl. moyen**</small> <b>ANTIFONGIQUES</b> <small>Or petit</small> ITRA 12 <input type="checkbox"/> Itraconazole+métab. VORICO 13 <input type="checkbox"/> Voriconazole POSACO 14 <input type="checkbox"/> Posaconazole <b>VOIR BON DÉDICACÉ</b>		
		<b>UTILISATION EN SOINS INTENSIFS</b> <small>Bl. moyen**</small> DIAZ 15 <input type="checkbox"/> Diazépan      THIO 17 <input type="checkbox"/> Thiopental MIDA 16 <input type="checkbox"/> Midazolam		
		<b>ANTIRETROVIRAUX</b> <small>Or moyen**</small> AMPRE 18 <input type="checkbox"/> Amprenavir      SAQUI 25 <input type="checkbox"/> Saquinavir ATAZA 19 <input type="checkbox"/> Atazanavir      TIPRA 26 <input type="checkbox"/> Tipranavir DARU 20 <input type="checkbox"/> Darunavir      EFV 27 <input type="checkbox"/> Efavirenz INDI 21 <input type="checkbox"/> Indinavir      ETV 28 <input type="checkbox"/> Etravirine LOPI 22 <input type="checkbox"/> Lopinavir      NEVI 29 <input type="checkbox"/> Nevirapine NFV 23 <input type="checkbox"/> Nelfinavir      RALTE 30 <input type="checkbox"/> Raltegravir RITO 24 <input type="checkbox"/> Ritonavir		
			<b>Vignette urgence</b>	
			<b>Vignette danger</b>	<b>Remarques :</b> ★ Tube enveloppé d'une feuille d'aluminium. ★★ Voir verso. ★★★ Analyses réalisées en sous-traitance.

## RECOMMANDATIONS CONCERNANT LE MONITORING THERAPEUTIQUE

### Prélèvements :

*Moment du prélèvement lors de l'administration per os ou I.V.*

- Cardiotoniques : juste avant la réadministration, sinon au moins 6 h après la dernière administration.
- [ Antiarhythmiques : juste avant la réadministration, sinon au moins 2 h après  
Théophylline, la dernière administration.  
Caféine
- immunosuppresseurs: juste avant la réadministration ou 2 h après la dose pour la ciclosporine (C2).
- Méthotrexate : après l'administration (6, 12, 24, 48 ou 72 heures après). Temps du prélèvement à indiquer sur le bon et sur les tubes.
- Antifongiques : juste avant la réadministration.
- Antiretroviraux : juste avant la réadministration.