

**Feuille de renseignement thérapeutique pour le
DOSAGE DES IMMUNOSUPPRESSEURS**

Nom - Prénom du patient : *étiquette*

Nature du prélèvement : Sang total EDTA

Cocher le nom de la (des) molécule(s) à doser, entourer le nom de la spécialité et compléter les informations :

Ciclosporine

Nom de la spécialité : Néoral® / Sandimmun®

Date de la dernière prise :

Heure :

Dose :

Évérolimus

Nom de la spécialité : Certican®

Date de la dernière prise :

Heure :

Dose :

Sirolimus

Nom de la spécialité : Rapamune®

Date de la dernière prise :

Heure :

Dose :

Tacrolimus

Nom de la spécialité : Prograf® / Advagraf® / Modigraf® / Envarsus® / Adoport®

Date de la dernière prise :

Heure :

Dose :

Rédaction : C. BEHIER



Validation : I. BONNIN



Approbation : RAQ DA SILVA



Destinataires : Ensemble du personnel sauf aides de laboratoire.

HISTORIQUE DES MODIFICATIONS

Version	Nature de la modification	Date de validation	Date d'approbation	Date d'application
V1	Document existant non référencé dans AC intégration dans BD 15189	25/11/ 2010	26/11/ 2010	30/11/ 2010
V2	Modification logo. Suppression de la date de prélèvement. Modifications des recommandations sur le bon.	15/01/2014	10/02/2014	10/02/2014
V3	Fusion des documents des différents dosages d'immunosuppresseur	25/04/2016	02/06/2016	02/06/2016