CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX
LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE
Pr M. MOLIMARD
Centre Hospitalier Pellegrin – Tripode
Plateau Technique 2e étage – 33076 BORDEAUX CEDEX
Tel : +33 (0)5 56 79 59 91 – Fax : + 33 (0)5 56 79 47 95
tdm@chu-bordeaux.fr

DEMANDE DE DOSAGE : Inhibiteurs de Tyrosine Kinase (ITK)
Suivi de Pathologies Hématologiques

Identité du malade	**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 : …… …….. ……

Traité(e) pour : ☐ **LMC** ☐ **LAL Phi+** ☐ **GVH** ☐ **Autre (préciser) / ……**

Dosage de :

☐ **Imatinib** (GLIVEC®) ☐ **Nilotinib** (TASIGNA®) ☐ **Dasatinib** (SPRYCEL®) ☐ **Autre** (Préciser) **……..**	❑ **Taux Résiduel** *(*voir conditions de prélèvement ci-dessous)*: **24h±3** si 1 prise/j, **12h±2** si 2 prises/j ❑ **PIC** : *délai de dernière prise avant le prélèvement à adapter à l'ITK* **nous contacter**

***Conditions de prélèvement** : TUBE Hépariné **sans gel** - Prélèvement du plasma après centrifugation

*Pour un dosage de **taux résiduel**, prévoir l'heure de prélèvement en fonction de l'heure habituelle de prise de l'ITK par le patient. **Le patient doit être informé qu'il ne prendra son traitement qu'après son prélèvement***

Dernière prise du médicament : ➢ **Date** : ……../……../…….. ➢ **Heure exacte** : ……	**Prélèvement :** ➢ **Date** : ……../……../…….. ➢ **Heure exacte** : ……

Incidents éventuels :

Traitement : Date d'initiation ……../……../……..

Posologie actuelle :	Matin	Midi	Soir	prise en dehors des repas (±2h) : ☐ oui ☐ non Posologie depuis le : ……../……../……..
Ligne :	☐ 1ère ☐ 2e ☐ 3e ➥Suite à ☐ Intolérance ☐ Résistance à un autre ITK (préciser): ……			
Traitements associés :	……			
Toxicité :	☐ effets indésirables (préciser) : …… ➥Grade ☐ I ☐ II ☐III ☐IV (selon l'échelle de toxicité NCI-CTC v4.0)			

Renseignements sur la pathologie :

☐ Phase Chronique ☐ Phase Accélérée

Réponse cytogénétique	**Réponse moléculaire**	**Statut mutationnel** (domaine tyrosine kinase)
Date d'analyse : ……../……../…….	Date d'analyse : ……../……../…….	☐ Non recherché
☐ Absence de RCyP (>35% Ph+)	☐ Absence de RMolM	☐ Absence de mutation
☐ RCyP (<35% Ph+)	☐ RMolM(< 0,1% IS ou diminution > 3 log)	☐ Mutation(s) (préciser) :
☐ RCyC (0% Ph+)	☐ RMolC (indétectable)	➥……..

Conditions de transport

➢ Le plasma doit être acheminé à température ambiante (inférieure à + 30° C)