

**ORDONNANCE MEDICALE
DEMANDE D'AIDE A L'ADAPTATION DE POSOLOGIE DES IMMUNOSUPPESSEURS**

Service de Toxicologie et Pharmacocinétique

☎ 44983 - 44980

Etiquette Patient

Service Demandeur

Date de la greffe :

Patient diabétique : oui non

Date des prélèvements :

<p><u>Motif de la demande :</u></p> <ul style="list-style-type: none"> - Suivi systématique <input type="checkbox"/> - Rejet ou Suspicion de rejet <input type="checkbox"/> - Effet indésirable : <input type="checkbox"/> <ul style="list-style-type: none"> Altération de la fonction rénale <input type="checkbox"/> Troubles digestifs <input type="checkbox"/> Neutropénie <input type="checkbox"/> Autre <input type="checkbox"/> 	<p><u>Traitements immunosuppresseurs associés :</u></p> <p>Corticoïdes <input type="checkbox"/></p>
---	---

Demande dans le cadre de Maladie Auto-Immunes :

Taille du patient :

Poids du patient :

	Transplantation					Maladies Auto-immunes	
	Mycophénolate Mofétil (CELLCEPT®)	Ciclosporine (NEORAL®)	Tacrolimus (PROGRAF®)	Sirolimus (RAPAMUNE)	Évérolimus (CERTICAN®)	Mycophénolate Mofétil (CELLCEPT®)	Ciclosporine (NEORAL®)
Demande adaptation (AUC)	Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>						
Dose	Matin						
	Midi						
	Soir						

Heure de la prise <u>théoriques</u>	Noter Horaires de prélèvements <u>Réels</u> Les prélèvements s'effectuent dans des tubes contenant de l'EDTA (bouchon violet).						
T0							
T 20min							
T 40min							
T 1h							
T 2h							
T 3h							
Autres							

Prélèvement obligatoire pour une adaptation de posologie

Prélèvement Non requis

Prescripteur :	Signature :
----------------	-------------