

**Acheminer immédiatement au laboratoire**

Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h

Unité de Soins/Clinique : _____	Identification du patient
MD Requérant : _____ # Licence : _____	Nom, Prénom: _____
<b>Prélèvement fait: Date:</b> _____ <b>Heure</b> _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
<b>Prélevé par:</b> _____	# Dossier ou # Ass. maladie : _____
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	
Poids du jour : _____ kg Taille du jour : _____ cm	Date de naissance : _____
SANG : <input type="checkbox"/> VEINEUX <input type="checkbox"/> ARTÉRIEL	ou
<input type="checkbox"/> CAPILLAIRE <input type="checkbox"/> CORDON OMBILICAL	Plaquer carte d'identification :
<input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_  Rejet  Infection  Diarrhée  GVH digestive

**PHARMACOCINÉTIQUE (aire sous la courbe / AUC) : ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE MPA PO** Tube lavande EDTA micro ou macro

Mofetilmycophenolate (MMF) : <input type="checkbox"/> MMF/CellCept <input type="checkbox"/> EcMPS/Myfortic	<b>Voie d'administration :</b> <input type="checkbox"/> PO par la bouche <input type="checkbox"/> PO via TNG <input type="checkbox"/> PO via Duofeed <input type="checkbox"/> Autre : _____
<b>Administration des dernières doses : BID <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/></b> Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital	<b>Formulation :</b> <input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Gélule <input type="checkbox"/> Co écrasé <input type="checkbox"/> Liquide
<b>Administration le jour de la pharmacocinétique</b> Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg	

COMPLÈTE	DIE / BID	TID	Temps de prélèvement	Heure prévue <sup>1</sup>	Heure effectuée	Voie de prélèvement	Signature
	0	0	- 5 min (pré-dose)				
	1	1	30 min (post-dose)				
	2	2	60 min (post-dose)				
	3	3	90 min (post-dose)				
	4	4	2 h (post-dose)				
	5	5	3 h (post-dose)				
	6	6	4 h (post-dose)				
	7	7	6 h (post-dose)				
	8	8	8 h (post-dose)				
9		12 h (post-dose)					

(1) L'heure prévue des prélèvements est ajustée en fonction de l'heure précise d'administration.

**Procédure**

- Prélever minimum 0,8 mL de sang sur un tube lavande **EDTA** micro ou macro.
- Bien identifier chaque tube** en incluant le temps réel de prélèvement.
- Placer le tube IMMÉDIATEMENT** dans un sac de transport des matériaux biologiques et acheminer le tout au Laboratoire Central dans l'heure suivant le prélèvement.
- Si les prélèvements doivent être faits par **micro méthode**, appeler au **5651** (Centre de prélèvement) pour les prévenir et faxer la veille la demande au **7786**.
- Prévenir l'infirmière coordinatrice de l'UPC au 3217.**