

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

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

Renseignements cliniques : _____ Rejet Infection Diarrhée GVH digestive

PHARMACOCINÉTIQUE (aire sous la courbe / AUC) : CYCLOSPORINE IV Tube lavande EDTA micro ou macro

Administration des dernières doses : BID <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/> Date : _____ année-mois-jour Heure : _____ Dose : _____ mg _____ _____ Dose : _____ mg _____ _____ Dose : _____ mg	Voie d'administration : <input type="checkbox"/> Périphérique <input type="checkbox"/> PAC : _____ <input type="checkbox"/> PICC line voie : _____ <input type="checkbox"/> Broviac voie : _____ <input type="checkbox"/> Autre : _____
Administration le jour de la pharmacocinétique Date : _____ année-mois-jour Début perfusion : _____ h Fin perfusion : _____ h Dose : _____ mg	

Toujours faire les prélèvements par une voie différente de la voie d'administration du médicament

	BID	TID	Temps de prélèvement	Heure prévue ¹	Heure effectuée	Voie de prélèvement	Signature
ABRÉGÉE	0		- 5 min (pré-infusion)				
	1		post-infusion				
	2		2 h (post-infusion)				
COMPLÈTE	0	0	- 5 min (pré-infusion)				
	1	1	post-infusion				
	2	2	30 min (post-infusion)				
	3	3	60 min (post-infusion)				
	4	4	90 min (post-infusion)				
	5	5	2 h (post-infusion)				
	6	6	4 h (post-infusion)				
	7	7	6 h (post-infusion)				
	8		8 h (post-infusion)				
9		10 h (post-infusion)					

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

- Procédure**
- Prélever 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 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.**