

3175, Côte Sainte-Catherine, Montréal, QC, H3T 1C5, 514-345-4931

**Acheminer immédiatement au laboratoire**

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

Unité de Soins/Clinique : _____ MD Requérant : _____ # Licence : _____ <b>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</b> <b>Prélevé par: _____</b> 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) : VALGANCICLOVIR** *Tube lavande EDTA micro ou macro*

<b>Administration des dernières doses : DIE <input type="checkbox"/> BID <input type="checkbox"/> TID <input type="checkbox"/></b> Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital année-mois-jour            Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital Heure : _____ Dose : _____ mg <input type="checkbox"/> Maison <input type="checkbox"/> Hôpital	<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 le jour de la pharmacocinétique</b> Date : _____ Heure : _____ Dose : _____ mg année-mois-jour	<b>Formulation :</b> <input type="checkbox"/> Comprimé <input type="checkbox"/> Co écrasé <input type="checkbox"/> Liquide

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