



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier  
universitaire mère-enfant

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

Analyses de laboratoire **Test pharmacocinétique - Busulfan QID IV****Acheminer immédiatement au laboratoire!**Prélèvement demandé: Date: \_\_\_\_\_ Heure \_\_\_\_\_ ou Heure de tournée: 7h  11h  14h  17h  20h  00h 

Centre hospitalier : _____	Identification du patient
Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____	Nom, Prénom: _____
Téléphone : _____ FAX : _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
MD requérant : _____ # Licence : _____	# Dossier ou # Ass. maladie : _____
<b>Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____</b>	Date de naissance : _____
<b>Prélevé par: _____</b>	ou _____
Cocher obligatoirement la nature de l'échantillon et les analyses requises	Plaquer carte d'identification :
Poids du jour : _____ kg Taille du jour : _____ cm	
SANG : <input type="checkbox"/> CAPILLAIRE <input type="checkbox"/> CORDON OMBILICAL <input type="checkbox"/> VEINEUX <input type="checkbox"/> ARTÉRIEL	
<input type="checkbox"/> URINE <input type="checkbox"/> SELLES <input type="checkbox"/> AUTRE : _____	

Renseignements cliniques : \_\_\_\_\_ Concentration à l'état d'équilibre visée : \_\_\_\_\_

**PHARMACOCINÉTIQUE (aire sous la courbe / AUC) : BUSULFAN QID IV****Tube vert hépariné (5 mL)****Administration des dernières doses :**

Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

Poids du jour : \_\_\_\_\_ Numéro de la dose : \_\_\_\_\_

**Voie d'administration :**

- Périphérique
- PAC : \_\_\_\_\_
- PICC line voie : \_\_\_\_\_
- Broviac voie : \_\_\_\_\_
- 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**

Temps	Temps de prélèvement	Heure prévue <sup>1</sup>	Heure effectuée	Voie de prélèvement	Signature
0	5 min pré fin d'infusion				
1	fin d'infusion				
2	15 min post fin d'infusion				
3	30 min post fin d'infusion				
4	40 min post fin d'infusion				
5	1 h post fin d'infusion				
6	2 h post fin d'infusion				
7	3 h post fin d'infusion				
8	4 h post fin d'infusion / pré-infusion suivante				

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

**Procédure****Pour les prélèvements :**

- Prélever minimum 2 mL de sang sur un tube vert hépariné d'une capacité de 5 mL.
- Bien identifier chaque tube** en incluant le temps réel de prélèvement.
- Place le tube IMMÉDIATEMENT** dans un sac de transport des matériaux biologiques et acheminer le tout au Laboratoire Central dans l'heure suivant le prélèvement.

**Pour le laboratoire :**

- Aviser Yves Théoret sur sa pagette 514 415-5568 ou au laboratoire 514 345-4931 poste 5645 lorsque les échantillons sont prêts à être envoyés.
- Centrifuger le tube et décanter le plasma puis congelé à -80°C (si possible) en ayant pris soin d'identifier correctement au préalable le tube de décantation
- Envoyer séparément les globules rouges dans un tube bien identifié et conservé à température pièce.

Pour toute autre question, n'hésitez pas à contacter l'infirmière coordonnatrice UPC au 514-345-4931 poste 3217 (ou BB :514-415-2970).  
Sinon appelez au laboratoire au 514-345-4931 poste 5645 ou Dr. Yves Théorêt BB: 514-415-5568