

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 MOFETILMYCOPHENOLATE (MMF)**  
■ CellCept ■ Myfortic

**Dernières doses : BID  TID**   
Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

**PHARMACOCINÉTIQUE TACROLIMUS**  
■ Prograf ■ Advagraf

**Dernières doses : DIE  BID  TID**   
Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

**Administration le jour de la pharmacocinétique**  
Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

**Administration le jour de la pharmacocinétique**  
Date : \_\_\_\_\_ année-mois-jour  
Heure : \_\_\_\_\_ Dose : \_\_\_\_\_ mg

**Formulation :**  
 Comprimé  
 Co écrasé  
 Gélule  
 Liquide

**Voie d'administration :**  
 PO par la bouche  
 PO via TNG  
 PO via Duofeed  
 Autre: \_\_\_\_\_

**Formulation :**  
 Capsule  
 Liquide:  
 Suspension commerciale  
 Préparation magistrale

**Voie d'administration :**  
 PO par la bouche  
 PO via TNG  
 PO via Duofeed  
 Autre: \_\_\_\_\_

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.**