



CHU Sainte-Justine

Le centre hospitalier
universitaire mère-enfantAnalyses de laboratoire **Test pharmacocinétique - Acide Mycophénolique PO**

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

Acheminer immédiatement au laboratoirePrélèvement 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: _____
Prélèvement fait: Date: _____ Heure _____	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>
Prélevé par: _____	# 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 MYCOPHÉNOLOGIQUE MPA PO** *Tube lavande EDTA micro ou macro*

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

	DIE / BID	TID	Temps de prélèvement	Heure prévue ¹	Heure effectuée	Voie de prélèvement	Signature
COMPLÈTE	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.**