

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

Centre hospitalier : _____ Adresse : Numéro civique _____ Rue _____ Municipalité _____ Pays/Province _____ Code postal _____ Téléphone : _____ FAX : _____ 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"/> 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 : _____	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**

- Pour les prélèvements :**
- 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.
- Pour le laboratoire :**
- Centrifuger et décanter le plasma en ayant pris soin d'identifier correctement au préalable le tube de décantation.
  - Envoyer ensuite ce tube sur glace sèche.

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