

DOSAGE PLASMATIQUE DE L'IMATINIB (Glivec®)

Secrétariat :
Tél : +33 1 34 40 97 76
Fax : +33 1 34 40 21 29

e-mail : intfr@lab-cerba.com

PATIENT	IDENTIFICATION LABORATOIRE
Nom Prénom..... Sexe Date de naissance Adresse.....	N° de Correspondant : /

PRELEVEMENT
<input type="checkbox"/> Prélèvement résiduel AVANT une nouvelle prise thérapeutique (soit environ 24h après la dernière prise du médicament) <input type="checkbox"/> 1 à 2 ml de plasma EDTA réfrigéré ou congelé (ou 1 tube de sang total EDTA réfrigéré)

INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES
<input type="checkbox"/> Date et heure de la dernière prise thérapeutique : à heures
<input type="checkbox"/> Date et heure du prélèvement sanguin : à heures
<input type="checkbox"/> Date du début de traitement par imatinib :
<input type="checkbox"/> Posologie actuelle (mg) : mg
<input type="checkbox"/> Autres médicaments associés :
<input type="checkbox"/> Motif de la demande de dosage : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> systématique <input type="checkbox"/> suspicion d'inobservance <input type="checkbox"/> survenue d'effets indésirables <input type="checkbox"/> interactions médicamenteuses <input type="checkbox"/> mauvaise réponse <input type="checkbox"/> autres :
<input type="checkbox"/> Chromosome Philadelphie : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Date du dernier caryotype : <input type="checkbox"/> % Ph
<input type="checkbox"/> Quantification des transcrits BCR-ABL : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Date de la dernière analyse : <input type="checkbox"/> % du transcrit BCR-ABL <input type="checkbox"/> Mutation