



**Suivi thérapeutique pharmacologique  
du MYCOPHENOLATE MOFÉTIL  
(pour la seule spécialité Cellcept®)  
chez les greffés**

Secrétariat :  
Tél : +33 1 34 40 97 76  
Fax : +33 1 34 40 21 29  
e-mail : [infra@lab-cerba.com](mailto:infra@lab-cerba.com)

**Détermination de l'Aire Sous la Courbe de l'acide mycophénolique**

PATIENT	IDENTIFICATION LABORATOIRE
Nom .....	N° de Correspondant : <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Prénom.....	
Sexe .....	
Date de naissance .....	
Adresse..... ..... .....	

INFORMATIONS MEDICALES INDISPENSABLES
<b>Type de greffe :</b> .....
<b>Date de la greffe :</b> ...../...../...../
<b>Patient diabétique :</b> OUI <input type="checkbox"/> NON <input type="checkbox"/>
<b>Motif de la demande :</b>
<input type="checkbox"/> Suivi systématique
<input type="checkbox"/> Contrôle adaptation posologique
<input type="checkbox"/> Suspicion de rejet
<input type="checkbox"/> Rejet
<input type="checkbox"/> Effet indésirable : troubles digestifs
<input type="checkbox"/> Effet indésirable : troubles des fonctions rénales
<input type="checkbox"/> Effet indésirable : neutropénie
<input type="checkbox"/> Autres : .....
<b>Traitement immunosuppresseur associé :</b>
<input type="checkbox"/> Ciclosporine
<input type="checkbox"/> Tacrolimus
<input type="checkbox"/> Corticoïdes
<input type="checkbox"/> Evérolimus
<input type="checkbox"/> Sirolimus
<b>Posologie de Cellcept® (Mycophénolate mofétile) :</b>
Nombre de prise par jour : ..... / jour
Prise le matin : ..... mg      Prise le midi : ..... mg      Prise le soir : ..... mg

PRELEVEMENT : tube EDTA (bouchon violet)			
Heure de prise de <b>Cellcept® le matin :</b> .....	Heure du prélèvement <b>T + 20 min :</b> .....	Heure du prélèvement <b>T + 1 h :</b> .....	Heure du prélèvement <b>T + 3 h :</b> .....
Temps du prélèvement supplémentaire : .....			