

DOSAGE PLASMATIQUE DE L'IMATINIB (GLIVEC®)

LABORATOIRE PRÉLEVEUR

N° Client : C /

Cachet obligatoire

PRÉLÈVEMENT

Date du prélèvement :

Heure du prélèvement : h

- ☐ Prélèvement résiduel AVANT une nouvelle prise thérapeutique (soit environ 24h après la dernière prise du médicament)
- ☐ 1 à 2 ml de plasma EDTA réfrigéré ou congelé (ou 1 tube de sang total EDTA réfrigéré)

PATIENT(E)

NOM :

PRÉNOM :

Nom de Naissance :

Date de Naissance :

Sexe : ☐ Féminin ☐ Masculin

Adresse :

CP Ville

Tél :

PRESCRIPTEUR

NOM

PRÉNOM

Adresse

CP Ville

Tél.

Fax.

Adresse e-mail :

Signature :

INFORMATION COMPLÉMENTAIRES

- ☐ Date et heure de la dernière prise thérapeutique : à h
- ☐ Date et heure du prélèvement sanguin : à h
- ☐ Date du début du prélèvement par imatinib :
- ☐ Posologie actuelle (mg) : mg
- ☐ Autres médicaments associés :

MOTIF DE LA DEMANDE :

- ☐ Systématique ☐ Suspicion d'inobservance ☐ Survenue d'effets indésirables
- ☐ Interactions médicamenteuses ☐ Mauvaise réponse ☐ Autres :

☐ Chromosome Philadelphie :

☐ Date du dernier caryotype :
☐ % Ph

☐ Quantification des transcrits BCR-ABL :

☐ Date de la dernière analyse :
☐ % du transcrits BCR-ABL
☐ Mutation