



DOSAGE DE L'IMATINIB

(Fiche de renseignements cliniques, à remplir **obligatoirement** par **le médecin** prescripteur)

Identification :

Nom :		Prénoms :	
Date de naissance : / /		Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids :
Hospitalisé : <input type="checkbox"/>	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé : <input type="checkbox"/>		Tél :	Prochain RDV :

Indication :

LMC Phase accélérée LMC Phase chronique LMC Crise blastique
LAL GIST Autres :

Motif du dosage :

Problème d'observance Réponse thérapeutique suboptimale
Résistance : primaire ou secondaire Interaction médicamenteuse
Toxicité à type de : Thrombopénie Neutropénie Anémie Autres :
Autres motifs de dosage :

Imatinib :

Nom de spécialité :	Posologie, rythme et voie d'administration :
Date du début du traitement : le / /	Dernière modification de la posologie : le / /
Dernière prise : le / / à h	Prélèvement : le / / à h

Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

Tolérance :

Pas d'effets indésirables : Vomissements Constipation Diarrhée
Prise de poids Amaigrissement Asthénie Lésions cutanées GB :
PNN : GR : Hb : Plaquettes : Créat :
Autres :

Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le prélèvement doit être effectué le matin avant la prise médicamenteuse.
Le tube doit être étiqueté et acheminé au laboratoire à une température de 4°C dans un emballage résistant portant les coordonnées du laboratoire et de l'expéditeur.

Réservé au médecin prescripteur

Médecins prescripteurs :
Signature et cachet :
Tél / Fax :

Réception le / / à h

N°BC : N° d'ordre :