



# DOSAGE DES IMMUNOSUPPRESSEURS

Ciclosporine  Acide mycophénolique  Tacrolimus  Sirolimus  Azathioprine   
(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 :

|                             |                                |
|-----------------------------|--------------------------------|
| Motif de la prescription :  | Date de la greffe éventuelle : |
| Pathologie(s) associée(s) : |                                |

## Immunosuppresseurs :

|                                      |  |
|--------------------------------------|--|
| 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                       |

## Prélèvements :

Taux résiduel (*Ciclosporine*, *Tacrolimus*, *Acide Mycophénolique*) : T<sub>0h</sub>

T<sub>max</sub> : T<sub>2h</sub>  (*Azathioprine*)

Cinétique complète : (T<sub>0h</sub> T<sub>0,5h</sub> T<sub>1h</sub> T<sub>1,5h</sub> T<sub>2h</sub> T<sub>3h</sub> T<sub>4h</sub> T<sub>6h</sub> T<sub>8h</sub> T<sub>12h</sub>)

Cinétique abrégée : *Ciclosporine* ou *Tacrolimus* : (T<sub>0h</sub> T<sub>1h</sub> T<sub>3h</sub>)  *Acide Mycophénolique*: (T<sub>0h</sub> T<sub>0,5h</sub> T<sub>1,5h</sub>)

## Médicament(s) associé(s) :

| Nom de spécialité | Posologie et voie d'administration |
|-------------------|------------------------------------|
|                   |                                    |
|                   |                                    |
|                   |                                    |

## Tolérance :

Pas d'effets indésirables :  Pression artérielle : ..... Créatinine : ..... Kaliémie : .....  
Glycémie : ..... Bil T : ..... ASAT : ..... ALAT : ..... PAL : .....  
GR : ..... Hb : ..... Ht : ..... GB : ..... Plaquettes : .....  
Autres : .....

## Conditions de prélèvement et d'acheminement :

**Pour les immunosuppresseurs** : 5 ml de sang prélevés dans un tube **EDTA (Tube NFS)**. Le prélèvement se fait juste avant la prise médicamenteuse suivante.

**Pour l'azathioprine** : 5 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le prélèvement se fait deux heures après la prise médicamenteuse suivante. 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 : .....