Suivi thérapeutique CICLOSPORINE et GREFFE (Aire sous la courbe ou AUC)

LABORATOIRE DE BIOCHIMIE – CHU FELIX GUYON
Tél : 0262 90 53 20 – 53 22 – 43 22 – 53 25

Identifiants ou étiquette Pastel :

Nom : . .. . Prénom : . . . . . Date de Naissance : . .. .

IST : . . . . . IPP : . . . . . .

UF : . . . . . Médecin traitant : Dr. . . . . .

(indispensable pour renvoyer le résultat du calcul d'AUC)

Tél : . . . . . email : . . . . . @chu-reunion.fr. . . . . .

Date de la greffe : . . . . . Traitement associé : . . . . . .

Diabète : ☐ Oui ☐ Non Spécialité : ☐ NEORAL ☐ SANDIMUN

Type de greffe : ☐ rénale ☐ pulmonaire ☐ cardiaque ☐ moelle ☐ hépatique

Motif de la demande : ☐ Suivi systématique ☐ Contrôle d'une adaptation de posologie ☐ Suspicion de rejet
☐ Effets indésirables : ……..

Nom du préleveur : . . . . . Date de la cinétique : . . . . . .

DOSE (en mg)							
Nombre de prise par jour		Avant cinétique, le matin		A midi		Le soir	

Prélèvements sur tube EDTA à bouchon violet. Précisément le plus près de **0** avant ingestion et **60** et **180** minutes après l'ingestion de la Ciclosporine, avec une certaine tolérance à la condition que les vrais temps soient indiqués :

Heure de la Prise de Ciclosporine la veille au soir :			réservé au Laboratoire
Temps du prélèvement n°**1** :		mn (**T0** mn)	mg/L
Temps du prélèvement n°**2** après la prise du matin :		mn (**T60** mn (+/- 15 min))	mg/L
Temps du prélèvement n°**3** après la prise du matin :		mn (**T180** mn (+/- 30 min))	mg/L
Temps du prélèvement n° **4** (intéressant en cas de problème technique sur l'un des 3 premiers prélèvements):		mn	mg/L

Espace réservé au Laboratoire de Biochimie :

Etiquette INLOG

Saisir le code bilan : **MCAUC**

Soumis sur https://pharmaco.chu-limoges.fr/ le **:** / / à H

AUC de MMF = h.mg/L

Mail de résultat le **:** / /