



Pr M. MOLIMARD

Centre Hospitalier Pellegrin – Tripode
Plateau Technique 2^e étage – 33076 BORDEAUX CEDEX

Tel : +33 (0)5 56 79 59 91 – Fax : + 33 (0)5 56 79 47 95

imatinib@chu-bordeaux.fr

DEMANDE DE DOSAGE D'IMATINIB (GLIVEC®) GIST

Identité du malade :

Etiquette avec numéro identifiant **ou**

Nom :

Nom de jeune fille :

Prénom :

Sexe :

Date de naissance :/...../.....

Coordonnées du service clinique

Téléphone :

Fax :

Adresse complète et/ou Cachet de l'unité de soin :

.....

.....

.....

Topographie de la tumeur primitive : Estomac Grêle Colon rectum Autre.....

PS (ECOG) : 0 1 2 >2

Métastases hépatiques : non oui **péritonéales :** non oui *Autres*.....

Exérèse : non oui **Date :**/...../..... R0 R1

Réponse Globale du patient (*peut être évaluée selon les critères Choi*) :

RC RP MS MP (*Date de progression :*/...../.....)

Non Evaluable

appels pour le prélèvement :

- JUSTE **AVANT LA PRISE** (= résiduelle),

- TUBE : Hépariné. Prélèvement du plasma après centrifugation

Prélèvement :

- Date :/...../.....

- Heure :

Dernière prise d'Imatinib :

- Date :/...../.....

- Heure :

lédecin prescripteur :

Renseignements cliniques :

- suspicion de mauvaise observance
 suspicion d'interactions médicamenteuses
 progression sous traitement
 effets indésirables (préciser)

Posologie d'imatinib :

Matin	Midi	Soir

Date d'initiation :/...../.....

L'imatinib est-il donné en adjuvant à la date du prélèvement ? non oui

Incidents survenus lors du prélèvement :

Traitements associés :

Protocole BFR14 : non oui

Mutations : recherche faite non oui

Exon 11 Exon 9 Wild Type KIT Autre (préciser).....

Conditions de transport :

Le plasma doit être acheminé à température ambiante (inférieure à **+ 30° C**)

Pour obtenir des bons d'envoi gratuitement, il suffit d'en faire la demande à l'adresse mail suivante :

coralie.blanc@dhl.com en précisant bien la quantité souhaitée ainsi que vos coordonnées complètes