



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®)

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 :
.....
.....

Rappels pour le prélèvement :

- JUSTE **AVANT LA PRISE** (= résiduelle),
- TUBE : Hépariné. Prélèvement du plasma après centrifugation

Prélèvement :

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

Dernière prise d'Imatinib :

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

RENSEIGNEMENTS COMPLÉMENTAIRES :

Médecin prescripteur :

Renseignements cliniques :

- suspicion de mauvaise observance
- suspicion d'interactions médicamenteuses
- mauvaise réponse
- effets indésirables (préciser) :

Phase Chronique

Phase Accélérée

Statut : Chromosome Philadelphie (Phi)

date analyse :/...../.....

- Absence de RCy (100% Ph+)
- Absence de RCyP (> 35% Ph+)
- RCyP (< 35% Ph+)
- RCyC (0% Ph+)

Statut : Quantification des transcrits BCR-ABL

date analyse :/...../.....

- Absence de RMol
- Absence de RMolM (taux > 0,1% IS ou diminution de moins de 3 log)
- RMolM (taux < 0,1% IS ou diminution de plus de 3 log)
- RMolC (transcrits indétectables)

Posologie d'imatinib:

Matin	Midi	Soir

Date début Imatinib :/...../.....

Incidents survenus lors du prélèvement :

Traitements associés :

Recherche de mutations effectuée ;

- non oui: mutation(s) :

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