

## DOSAGE PLASMATIQUE DE L'IMATINIB (Glivec®)

Secrétariat :  
Tél : 01 34 40 20 20  
Fax : 01 34 40 21 29  
e-mail : [smedical@lab-cerba.com](mailto:smedical@lab-cerba.com)

| PATIENT                                                                                             | IDENTIFICATION LABORATOIRE                                                                                                                                                                                                                                                             |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nom .....<br>Prénom.....<br>Sexe .....<br>Date de naissance .....<br>Adresse.....<br>.....<br>..... | N° de Correspondant : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> / <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 10px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> |

| PRELEVEMENT                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Prélèvement résiduel AVANT une nouvelle prise thérapeutique (soit environ 24h après la dernière prise du médicament)<br><input type="checkbox"/> 1 à 2 ml de plasma EDTA réfrigéré ou congelé (ou 1 tube de sang total EDTA réfrigéré) |

| INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Date et heure de la dernière prise thérapeutique : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> à ..... heures                                                                                                                                                                                                  |
| <input type="checkbox"/> Date et heure du prélèvement sanguin : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span> à ..... heures                                                                                                                                                                                                              |
| <input type="checkbox"/> Date du début de traitement par imatinib : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span>                                                                                                                                                                                                                         |
| <input type="checkbox"/> Posologie actuelle (mg) : ..... mg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <input type="checkbox"/> Autres médicaments associés : .....                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <input type="checkbox"/> Motif de la demande de dosage : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> systématique<br/> <input type="checkbox"/> suspicion d'inobservance<br/> <input type="checkbox"/> survenue d'effets indésirables<br/> <input type="checkbox"/> interactions médicamenteuses<br/> <input type="checkbox"/> mauvaise réponse<br/> <input type="checkbox"/> autres : .....           </div> |
| <input type="checkbox"/> Chromosome Philadelphie : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Date du dernier caryotype : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span><br/> <input type="checkbox"/> % Ph .....           </div>                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Quantification des transcrits BCR-ABL : <div style="margin-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Date de la dernière analyse : <span style="border-bottom: 1px solid black; display: inline-block; width: 100px; height: 1em; vertical-align: middle;"></span><br/> <input type="checkbox"/> % du transcrit BCR-ABL .....<br/> <input type="checkbox"/> Mutation .....           </div>           |