Hospices Civils de Lyon

Laboratoire de BIOLOGIE MEDICALE du CHU de LYON

GHS : LABORATOIRE DE BIOCHIMIE

DOSAGE D'ANTI-INFECTIEUX DANS LE SANG

CBS : RENSEIGNEMENTS : ☏ : 04 78 86 38 64

Zone obligatoire à remplir par le préleveur	Collet 1 étiquette patient comportant :
Prescripteur : **Préleveur :**	N° de séjour :
Téléphone :	Nom usuel :
	Prénom :
Incident au cours du prélèvement :	Date de naissance : Sexe :
	Nom de naissance :

Date : ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure :** ☐☐ ☐☐ ☐ URGENT **2019**

☐ RENS CLINIQUES ……. ☐ WCP Centre de prélèvement ☐ SDIALYSE Dialyse

☐ *Avant* ☐ *Pendant* ☐ *Après*

Renseignements pour l'interprétation

Poids : Créatinine : Clairance :
Dialyse : ❑ oui ❑ non Si oui, dernière dialyse le : à h
Traitements associés :

Motif de la demande : ❑ Surveillance thérapeutique ❑ Suspicion sous-dosage et d'inefficacité
❑ Suspicion de surdosage et de toxicité ❑ Problème de compliance au traitement
❑ Interactions médicamenteuses ❑ Modification posologique

Nature du prélèvement : sérum autre (préciser) :

ANTIBIOTIQUES : 5 ml de sang sur tube sec (bouchon rouge sans gel, réf. BD 365904)

Les cases laissées en blanc correspondent aux temps usuels de prélèvement pour chaque molécule (ne pas mettre une croix, bien noter l'heure exacte)

Nom de la molécule	Posologie journalière	Dernière Administration Date et heure	à : heures de prélèvement*						
			Voie orale		Voie sous-cutanée		IV flash ou perf. discontinue		Perf. continue (2 x 12h ou 24h)
			T0*	Tpic*	T0*	Tpic*	T0*	Tpic*	
			cf Biobook pour les moments exacts de prélèvement						
Amoxicilline	…… x …….. mg/j								
Cefazoline	…… x …….. mg/j								
Cefepime	…… x …….. mg/j								
Cefotaxime	…… x …….. mg/j								
Cefoxitine	…… x …….. mg/j								
Ceftazidime	…… x …….. mg/j								
Ceftriaxone	…… x …….. mg/j								
Ciprofloxacine	…… x …….. mg/j								
Lévofloxacine	…… x …….. mg/j								
Moxifloxacine	…… x …….. mg/j								
Ofloxacine	…… x …….. mg/j								
Piperacilline	…… x …….. mg/j								

Daptomycine *(SDAPTO)*

Faire 3 prélèvements : **T0** : mesure résiduelle (avant la perf. du jour) **T1 à +30min** après la fin de perf du jour **T2 à +5 à 6h** après la fin de perf du jour	**Posologie :** …….. mg/perfusion et ……. /j	Début de traitement :
Dernière perfusion avant la mesure résiduelle : Date : heure de début : h min	**Durée exacte de la perfusion le jour des prélèvements :** Début : h min Fin : h min	
Heures de prélèvement : **T0 :** h min **T1 :** h min **T2 :** h min		

***Les cases laissées en blanc correspondent aux temps usuels de prélèvement pour chaque molécule (ne pas mettre une croix, bien noter l'heure exacte).**
Si autre temps de prélèvement, le noter dans la case T+…

Mode d'administration : per os IV

MEDICAMENTS ANTIFONGIQUES : 5 ml de sang sur tube sec (bouchon rouge sans gel, réf. BD 365904) par temps de prélèvement – si plusieurs temps, grouper les tubes bien identifiés dans un même sac et même envoi

Nom du médicament	Posologie journalière	Date de début du traitement	Dernière administration Date et heure	Prélèvement le :	à : heures de prélèvement*							
					T0	T+30' (ap. fin perf.)	T+1h (ap. fin perf.)	T+2h (per os)	T+3h (per os)	T+4h	T+5h	T+…
Flucytosine (ANCOTIL®) - *SFLUCY*	…… x …….. mg/j											
Itraconazole (SPORANOX®) - *SITRAC*	…… x …….. mg/j											
Voriconazole (VFEND®) - *SVORIC*	…… x …….. mg/j											
Posaconazole (NOXAFIL®) - *SPOSAC* **. suspension buvable**	…… x …….. mg/j								si 3 fois/j		si 2 fois/j	
. comprimé	…… x …….. mg/j									T+4h à 5h		
. IV	…… x …….. mg/j											
Fluconazole (TRIFLUCAN®) - *SFLUCO*	…… x …….. mg/j											

MEDICAMENTS ANTI-TUBERCULEUX :

5 ml de sang sur tube sec (bouchon rouge sans gel, réf. BD 365904) par temps de prélèvement – tubes à transmettre dans la glace

Nom du médicament	Posologie journalière	Date de début du traitement	Dernière administration Date et heure	Prélèvement le :	à : heures de prélèvement*					
					T0	T +30 min (fin perf.)	T+2h30 (fin perf.)	T+2 à 3h (per os)	T+3h (per os)	T+…
Isoniazide (RIMIFON®, RIFATER®, RIFINAH®) - *SINH*	…… x ….. mg/j									
Rifampicine (RIFATER®,RIFADINE®, RIFINAH®, RIMACTAN®) - *SRIFAM*	…… x ….. mg/j									
Rifabutine (ANSATIPINE®) - *SRIFAB*	…… x ..… mg/j									

MEDICAMENTS ANTIVIRAUX : 5 ml de sang sur tube hépariné (bouchon vert foncé sans gel, réf. BD 368496) tubes à transmettre dans la glace **Analyse impossible sur tube sec**

Pour les centres de Tri : centrifuger immédiatement le sang total à +4°C à 2000 g pendant 10 minutes et congeler le plasma à -20°C. Envoyer le prélèvement congelé au laboratoire exécutant l'analyse

Nom du médicament	Posologie journalière	Voie d'administration (per os ou IV)	Date de début du traitement à posologie constante	Dernière administration Date et heure	Prélèvement le :	à : heures de prélèvement*				
						T0	fin de perf. si IV	T+1.5 à 2h (per os)	T+2h (per os)	T+…
Aciclovir (ZOVIRAX®) - *SACICL*	…… x ….. mg/j									
Valaciclovir (ZELITREX®) - *SACICL*	…… x ….. mg/j									
Ganciclovir (CYMEVAN®) - *SGANCI*	…… x ..… mg/j									
Valganciclovir (ROVALCYTE®) - *SGANCI*	…… x ..… mg/j									