



Laboratoire de BIOLOGIE MEDICALE du CHU de LYON
GHS : LABORATOIRE de BIOCHIMIE

DOSAGES PLASMATIQUES DES ANTIRETROVIRAUX

CBS : RENSEIGNEMENTS : ☎ : 04 78 86 38 64

Zone obligatoire à remplir par le préleveur Prescripteur : Téléphone : Fax (si urgent) : Incident au cours du prélèvement :	Collet 1 étiquette patient comportant : N° de séjour : Nom usuel : Prénom : Date de naissance : Sexe : Nom de naissance : Taille : Poids :
--	---

Date :

Heure :

2020

<input type="checkbox"/> RENS CLINIQUES :	<input type="checkbox"/> WCP Centre de prélèvement	<input type="checkbox"/> SDIALYSE Dialyse
		<input type="checkbox"/> Avant <input type="checkbox"/> Pendant <input type="checkbox"/> Après

<u>Poids :</u> <u>Créatinine plasmatique :</u> μmol/l <u>Traitements associés :</u> <input type="checkbox"/> autres anti-HIV (à préciser) : <input type="checkbox"/> autres (préciser) :	<u>Motivation de la demande :</u> - Inefficacité du traitement anti-viral : <input type="checkbox"/> observance ? <input type="checkbox"/> malabsorption digestive <input type="checkbox"/> résistance virale - Interactions médicamenteuses : - Survenue d'effets indésirables (à préciser) : - Modifications posologiques (à préciser) :
--	--

↳ Verso à remplir **IMPERATIVEMENT** pour que les résultats puissent être interprétés

*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, noter l'heure de prélèvement dans la case T+...

Inhibiteur de protéase "IP" (5 ml de sang sur tube sec sans gel : bouchon rouge, réf. BD 365904) , par temps de prélèvement, quel que soit le nombre de molécules)

Nom de l'IP	Posologie journalière	Date d'initiation du traitement	Dernière prise Date et heure	Date du Prélèvement	Heures de prélèvement*			
					T0	T+3h	T+ ...	T+ ...
<input type="checkbox"/> Indinavir (CRIXIVAN®) (SINDIN)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Tipranavir (APTIVUS®) (STIPRA)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Ritonavir (NORVIR®) (pas d'enregistrement)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Amprénavir (TELZIR®) (SAMPRE)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Lopinavir (KALETRA®) (SLOPIN)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Atazanavir (REYATAZ®) (SATAZA)	..... x .....mg/j							
<input type="checkbox"/> Darunavir (PREZISTA®) (SDARUN)	..... x .....mg/j							

Inhibiteur de la Transcriptase Reverse "INRT - INNRT" (1 tube de sang sur EDTA : bouchon violet, réf. BD 367862) , plein, par temps de prélèvement, quel que soit le nombre de molécules)

Nom de l'IRT (INRT et INNRT)	Posologie journalière	Date d'initiation du traitement	Dernière prise Date et heure	Date du Prélèvement	Heures de prélèvement*				
					T0	T+1h	T+3h	T+12h	T+...
Zidovudine (AZT) (SAZT) <input type="checkbox"/> RETROVIR® <input type="checkbox"/> COMBIVIR® <input type="checkbox"/> TRIZIVIR®	..... x mg/j								
AZT nouveau-né (SAZTBB) : volume de prélèvement : 1 mL	..... x mg/j								
Lamivudine (3tc) (SLAMIV) <input type="checkbox"/> EPIVIR® <input type="checkbox"/> COMBIVIR® <input type="checkbox"/> KIVEXA® <input type="checkbox"/> TRIZIVIR® <input type="checkbox"/> DELSTRIGO®	..... x mg/j								
Abacavir (ABC) (SABACA) <input type="checkbox"/> ZIAGEN® <input type="checkbox"/> KIVEXA® <input type="checkbox"/> TRIZIVIR®	..... x mg/j								
Ténofovir (STENOFOVIR) <input type="checkbox"/> VIREAD® <input type="checkbox"/> TRUVADA® <input type="checkbox"/> ATRIPLA® <input type="checkbox"/> EVIPLERA® <input type="checkbox"/> GENVOYA® <input type="checkbox"/> ODEFSEY® <input type="checkbox"/> BIKTARVY® <input type="checkbox"/> DELSTRIGO®	..... x mg/j								
Emtricitabine (SEMTRI) <input type="checkbox"/> EMTRIVA® <input type="checkbox"/> TRUVADA® <input type="checkbox"/> ATRIPLA® <input type="checkbox"/> EVIPLERA® <input type="checkbox"/> GENVOYA® <input type="checkbox"/> ODEFSEY® <input type="checkbox"/> BIKTARVY®	..... x mg/j								
Efavirenz (SEFAVI) <input type="checkbox"/> SUSTIVA® <input type="checkbox"/> ATRIPLA®	..... x mg/j								
Névirapine (SNEVIR) <input type="checkbox"/> VIRAMUNE® <input type="checkbox"/> VIRAMUNE LP®	..... x mg/j								
Etravirine (SETRAV) <input type="checkbox"/> INTELENCE®	..... x mg/j								
Rilpivirine (SRILPI) <input type="checkbox"/> EDURANT® <input type="checkbox"/> EVIPLERA® <input type="checkbox"/> ODEFSEY® <input type="checkbox"/> JULUCA®	..... x mg/j								
Doravirine (SDORAV) <input type="checkbox"/> PIFELTRO® <input type="checkbox"/> DELSTRIGO®	..... x mg/j								

Autres inhibiteurs (1 tube de sang : tube sec sans gel : bouchon rouge, réf. BD 365904) , plein, par temps de prélèvement, quel que soit le nombre de molécules)

Nom	Posologie journalière	Date d'initiation du traitement	Dernière prise Date et heure	Date du Prélèvement	Heures de prélèvement*				
					T0	T+2h	T+3h	T+4h	T+ ...
Raltégravir (SRALTE) ISENTRESS®	..... x mg/j				Privilégier une mesure d'ASC : T0, T+2h, T+4h				
Dolutégravir (SDOLUT) <input type="checkbox"/> TIVICAY® <input type="checkbox"/> TRIUMEQ® <input type="checkbox"/> JULUCA®	..... x mg/j								
Elvitégravir (SELVIT) <input type="checkbox"/> STRIBILD® <input type="checkbox"/> GENVOYA®	..... x mg/j								
Bictégravir (SBICTE) <input type="checkbox"/> BIKTARVY®	..... x mg/j								
Maraviroc (SMARAV) CELSENTRI®	..... x mg/j								