

BON DE DEMANDE DE DOSAGE DES ANTICANCEREUX ORAUX

Date d'application
03 nov. 2025

Page
1/1

IUCT-Oncopole – Laboratoire de biologie Médicale Oncologique – **Réception prélèvement 2^{ème} étage**
Secteur Pharmacologie – Pr Etienne CHATELUT – 1, Avenue Irène Joliot Curie – 31059 TOULOUSE cedex 9

Téléphone : +33(0)5 31.15.52.01

Fax : +33(0)5.31.15.55.79

les versions en cours de bons de demande et des consentements, sont disponibles sur
<https://www.iuct-oncopole.fr/le-laboratoire-de-biologie-medicale-oncologique>

Identité du patient :

☐ Madame ☐ Monsieur

Nom de naissance :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance : / /

Lieu de naissance :

N° dossier (IPP,...):

Service demandeur :

Médecin prescripteur :

Téléphone (10 chiffres) :

Adresse complète et/ou cachet du demandeur :

Molécule à doser :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Imatinib (GLIVEC®) | <input type="checkbox"/> Sunitinib (SUTENT®) |
| <input type="checkbox"/> Dasatinib (SPRYCEL®) | <input type="checkbox"/> Pazopanib (VOTRIENT®) |
| <input type="checkbox"/> Nilotinib (TASIGNA®) | <input type="checkbox"/> Sorafenib (NEXAVAR®) |
| <input type="checkbox"/> Ponatinib (ICLUSIG®) | <input type="checkbox"/> Cabozantinib (CABOMETYX®) |
| <input type="checkbox"/> Venetoclax (VENCLYXTO®) | <input type="checkbox"/> Lenvatinib (KISPLYX® LENVIMA®) |
| <input type="checkbox"/> Ibrutinib (IMBRUVICA®)* | |

Prélèvement juste avant la prise du comprimé

(concentration résiduelle) **sauf ibrutinib***:

Date :Heure :

Nom préleveur :

Dernière prise :

Date : Heure :

Date début traitement :

Posologie : mg fois par jour

***Ibrutinib** : faire une cinétique :

Dosemg

T0h..... (= résiduel, juste avant la prise)

Heure de prise le jour de la cinétiqueh.....

T2.....h..... (2h post prise)

T4.....h..... (4h post prise)

Renseignements cliniques :

- ☐ Suspicion de mauvaise observance
- ☐ Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s) :
(préciser) :
- ☐ Effets indésirables :(préciser).....
-
- ☐ Echec thérapeutique :(préciser).....
-

Traitements associés :

.....

.....

.....

Analyse demandée : Dosage anticancéreux oraux

En réalisant ce prélèvement, je m'engage à avoir lu les consignes du manuel de prélèvement du LBMO : <http://www.iuct-oncopole.fr/le-laboratoire-de-biologie-medicale-oncologique>

Prélèvement : sang total sur 1 tube héparinate de lithium de 5 mL (bouchon vert).

1) Acheminement inférieur à 72 h (ou 4 h pour le Venetoclax) :

- Tube de sang total acheminé à température ambiante.
- OU** - Plasma acheminé à température ambiante obtenu par:
1. Centrifugation : 10 min , 1400g, température ambiante.
 2. Recueil et décantation du plasma dans 1 tube.

2) Acheminement supérieur à 72 h (ou 4 h pour le Venetoclax) :

1. Centrifugation : 10 min ,1400g, température ambiante.
2. Recueil et répartition du plasma dans 2 cryotubes.
3. Plasma acheminé à – 20°C.

Documents à joindre au prélèvement :

- ✓ Bon de demande complété
- ✓ Ordonnance (pour les demandes provenant du CHU: bon de commande + bordereau d'envoi)
- ✓ Joindre une copie de pièce d'identité du patient (**Obligatoire** pour les services externes à l'IUCTO sauf CHU de Toulouse)

Horaires de réception du LBM : Du lundi au vendredi de 6h30 à 18h. Appeler la pharmacologie.

Modifications par rapport à la version précédente :ajout du Lenvatinib

Rédacteur : Ben ALLAL, Marie christine ZIMOCH, le 28 oct. 2025

Valideur : Etienne CHATELUT (Biologiste LBMO), le 31 oct. 2025

Approbateur Qualité : Marie christine ZIMOCH (Réfèrent Accréditation LBMO), le 31 oct. 2025