

## FICHE DE PRELEVEMENT POUR LE DOSAGE DES ANTIVIRAUX

Date : ...../...../.....	Service clinique : .....
Nom du patient : .....	Hôpital : .....
Médecin : .....(prescripteur ou interlocuteur)	

Liquide biologique :  
 Sang (tube EDTA)  autre (préciser) : .....

Date d'initiation du traitement : ...../...../.....Initiation  $\geq$  15 jours :  Oui  Non

Nom du composé antirétroviral à doser :	Date, Dose/j et Horaire de dernière prise :	Horaires exacts de prélèvements :
		$C_{min}$ <span style="margin-left: 100px;"><math>C_{max}</math></span>
<input type="checkbox"/> abacavir ZIAGEN®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> adéfovir HEPSERA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> ampénavir TELZIR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)*
<input type="checkbox"/> atazanavir REYATAZ®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> darunavir PREZISTA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> délavirdine RESCRIPTOR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> didanosine VIDEX®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> éfavirenz SUSTIVA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> emtricitabine EMTRIVA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> enfuvirtide FUZEON®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>4H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> étravirine INTELENCE®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>2,5-4H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> indinavir CRIXIVAN®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)*
<input type="checkbox"/> lamivudine EPIVIR®/ZEFFIX®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> lopinavir et ritonavir KALETRA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>5H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> maraviroc CELSENTRI®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>0,5-4H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> nelfinavir VIRACEPT®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> névirapine VIRAMUNE®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> raltégravir ISENTRESS®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> ribavirine COPEGUS®/REBETOL®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1-3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> ritonavir NORVIR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> saquinavir INVIRASE®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3-4H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> stavudine ZERIT®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> ténofovir VIREAD®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> tipranavir APTIVUS®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>3H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> zidovudine RETROVIR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> 3TC+ABC KIVEXA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> AZT + 3TC COMBIVIR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> AZT+3TC+ABC TRIZIVIR®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> FTC + TDF TRUVADA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....) <input type="checkbox"/> T <sub>1H</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> FTC+TDF+EFV ATRIPLA®	.....	<input type="checkbox"/> T <sub>0</sub> (.....)
<input type="checkbox"/> Autre molécule à doser	.....	.....

\*En cas d'association de plusieurs inhibiteurs de la protéase du VIH, les Tmax sont 3H après la prise par VO

Motivations de la demande :

<input type="checkbox"/> Inefficacité du traitement antiviral (charge virale inchangée, etc...)	<input type="checkbox"/> Co-infection VHC, VHB etc.
<input type="checkbox"/> Suspicion d'inobservance	<input type="checkbox"/> Charge virale (Cp/ml) =
<input type="checkbox"/> Malabsorption intestinale	<input type="checkbox"/> CD4 (/mm <sup>3</sup> ) =
<input type="checkbox"/> Résistance virale	
<input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse (à préciser) : .....	
<input type="checkbox"/> Survenue d'effets indésirables (à préciser) : .....	

Traitements associés (entourer le(s) médicament(s) associé(s))

+ Antituberculeux (isoniazide, rifampicine, rifabutine, éthambutol, pyrazinamide, streptomycine)

+ Antiprotozoaires (atovaquone, pyriméthamine, sulfadiazine, cotrimoxazole, etc...)

+ Autres (préciser) : interféron, ribavirine, phénobarbital, phényoïne, carbamazépine, acide valproïque.....