



HME MCH  HGM MGH  HRV RVH  
 HNM MNH  ITM MCI  CL LC



**PROGRAMME PROVINCIAL DE DOSAGE  
DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX**

**Collecte de données pour fin d'analyse et  
interprétation des concentrations plasmatiques**

Médecin référent : \_\_\_\_\_

N° Permis : \_\_\_\_\_

Clinique – Hôpital : \_\_\_\_\_

N° Téléphone : \_\_\_\_\_

Adresse postale : \_\_\_\_\_

N° Télécopieur : \_\_\_\_\_

**RENSEIGNEMENTS SUR LE PATIENT:**

Poids: \_\_\_\_\_kg Taille : \_\_\_\_\_m Grossesse :  Si oui, nombre de semaines: \_\_\_\_\_

Race: Asiatique  Autochtone  Caucasienne  Hispanique  Noire  Autre: \_\_\_\_\_

**Indication (cocher tout ce qui s'applique):**

- Contrôle  Interaction médicamenteuse
- Échec virologique  Toxicité / Effet indésirable: \_\_\_\_\_
- Faible charge virale  Insuffisance hépatique
- Grossesse  Posologie hors monographie
- Pédiatrie  Validation post ajustement posologique
- Autre : \_\_\_\_\_

**Médicaments en cours** (prescrits, en vente libre, produits de santé naturel) OU voir liste ci-jointe

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Échec virologique antérieur à...**

- |  |                          |                          |
|--|--------------------------|--------------------------|
| Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhibiteur non nucléosidique de la transcriptase inverse | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhibiteur de la protéase                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Inhibiteur de l'intégrase                                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Autre classe: _____                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Oui Non

**Liste cumulative des mutations**

OU voir tous les génotypes ci-joints

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**Indice de résistance**

(Fold-change  $IC_{50}$ ) pour (si antirétroviral à analyser)

- Darunavir: \_\_\_\_\_
- Dolutégravir: \_\_\_\_\_
- Etravirine: \_\_\_\_\_
- Rilpivirine: \_\_\_\_\_
- Tipranavir: \_\_\_\_\_

Dernière charge virale (CV) VIH : \_\_\_\_\_ cop/mL Date de la CV (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**PRÉLÈVEMENT** pris le

Date (AAAA/MM/JJ) : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Heure (00 :00): \_\_\_\_ : \_\_\_\_

**Analyse demandée pour:**

(voir verso)	Dose (mg)	N° prise / jour	Date (MM/JJ)	Heure (00:00)	Avec repas?
<input type="checkbox"/> Atazanavir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Darunavir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Dolutégravir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Éfavirenz	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Elvitégravir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Étravirine	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Lopinavir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Névirapine	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Raltégravir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Rilpivirine	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Ritonavir	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non
<input type="checkbox"/> Autre : _____	_____	_____	____/____	____:____	<input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non

**IMPORTANT**

Le défaut de fournir la **date ET l'heure du prélèvement ET de la dernière prise** pourrait limiter la capacité à interpréter les résultats.

**Adhésion**

Nombre de doses manquées lors des derniers...

48 heures: \_\_\_\_\_  
7 jours: \_\_\_\_\_

# PROGRAMME PROVINCIAL DE DOSAGE DES MÉDICAMENTS ANTIRÉTROVIRAUX

## Analyses disponibles

En plus des antirétroviraux (ARV) mentionnés au verso, le programme sur demande peut analyser les concentrations plasmatiques d'amprénavir (fosamprénavir), indinavir, maraviroc, nelfinavir, saquinavir et tipranavir. Le programme n'analyse pas les concentrations plasmatiques ou intracellulaires des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse, de l'enfuvirtide ou du cobicistat.

## Prise des prélèvements

Le prélèvement devrait être pris juste avant la prochaine dose. Si ceci est impossible, le prélèvement devrait être pris entre 6 heures et 14 heures après l'administration pour les ARV administrés 2 fois par jour ou entre 12 heures et 26 heures après l'administration pour les ARV administrés 1 fois par jour. Un prélèvement pour la mesure de l'éfavirenz devrait être pris 10 heures ou plus après l'administration. Si une malabsorption est soupçonnée, le prélèvement devrait être pris au temps anticipé de la concentration maximale (Tmax).

## Type de tube

Un tube hépariné (capuchon vert, sans gel) devrait être utilisé. Un seul tube est nécessaire, même si l'analyse demandée est pour plus d'un ARV.

## Formulaire de collecte de données

Veuillez s'il vous plaît compléter entièrement le formulaire de collecte de données car toutes les composantes du formulaire sont essentielles à l'individualisation de l'avis pharmacologique qui sera acheminé avec le résultat. Faire suivre la copie blanche et la copie jaune (1 et 2) du formulaire avec le plasma. **S'il vous plaît ne pas oublier d'identifier les ARV à analyser; la dose, l'heure et la date de la dernière prise des ARV à analyser, et l'heure et la date du prélèvement sanguin.**

## Manipulation et conservation des échantillons

Centrifuger l'échantillon (3000 x g pendant 5 minutes) moins de 6 heures après le prélèvement. Acheminer le plasma au laboratoire du Programme provincial de dosage des médicaments antirétroviraux. Pour les adultes, acheminer 1 mL de plasma par échantillon dans un cryotube (volume de 1.5 mL ou plus). Pour les enfants, un échantillon de plasma de 200 µL est suffisant.

Les échantillons de plasma acheminés au laboratoire le jour du prélèvement devraient être gardés à 4°C. Autrement, le plasma devrait être congelé à -20°C ou inférieur jusqu'à l'envoi.

## Transport des échantillons

Les échantillons devraient être acheminés au laboratoire du lundi au mercredi, inclusivement, pour assurer la réception avant la fin de semaine. Acheminer les échantillons à la température ambiante (sans glace sèche), selon les recommandations pour le matériel infectieux, à la réception centrale du laboratoire du Centre universitaire de santé McGill (campus Glen) à l'adresse ci-dessous. Si vous prévoyez que le transport prendra plus de 48 heures, inclure de la glace sèche dans la boîte selon les mesures de sécurité appropriées pour la glace sèche.

**RÉCEPTION CENTRALE DU LABORATOIRE – Pièce E05.3028**  
**Centre universitaire de santé McGill**  
**1001, boul. Décarie**  
**Montréal (Québec) H4A 3J1**

## Résultats et interprétations

Les résultats et rapports d'interprétation seront acheminés par la poste 2 à 3 semaines après l'arrivée des échantillons à notre laboratoire. Veuillez identifier l'adresse postale complète sur le formulaire de collecte de données.

## Personnes ressources

En cas de questions, vous pouvez contacter le Programme provincial de dosage des médicaments antirétroviraux du lundi au vendredi de 9:00 à 16:00.

**Programme provincial de dosage des médicaments antirétroviraux**  
Centre universitaire de santé McGill  
TÉL. : (514) 934-1934, POSTE 32168  
[www.cusm.ca/quebec\\_tdm](http://www.cusm.ca/quebec_tdm)