



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
- Hausse (*blip*) virale Toxicité / Effet indésirable: _____
- Échec virologique 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

Antédécant VIH : Dernière charge virale : _____cop/mL Date (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____

Échec virologique antérieur à...

(cocher tout ce qui s'applique)

- Inhibiteur nucléosidique de la transcriptase inverse
- Inhibiteur non nucleosidique de la transcriptase inverse
- Inhibiteur de la protéase
- Inhibiteur de l'intégrase
- Autre classe: _____

Liste cumulative des mutations:

OU voir tous les génotypes ci-joints

Indice de résistance (*Fold-change IC₅₀*) pour : (si antirétroviral à analyser)

Darunavir: _____

Etravirine: _____

PRÉLÈVEMENT pris le

Date (AAAA/MM/JJ) : ____/____/____ Heure (00 :00): ____ : ____

Analyse demandée pour:

----- DERNIÈRE PRISE -----

(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"/> Éfavirenz	_____	_____	____/____	____:____	<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"/> Maraviroc	_____	_____	____/____	____:____	<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"/> 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, nelfinavir, saquinavir et tipranavir. Le programme n'analyse pas les concentrations plasmatiques ou intracellulaires des inhibiteurs nucléosidiques de la transcriptase inverse ou de l'enfuvirtide.

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.

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 antirétroviral.

Formulaire de collecte de données

Veillez 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
@ : VIH.PHARMACOMETRIE@MUHC.MCGILL.CA
www.cusm.ca/quebec_tdm