HÔPITAUX UNIVERSITAIRES PARIS CENTRE
Cochin • Port-Royal • Tarnier • Broca
La Collégiale • La Rochefoucauld • Hôtel-Dieu

Bâtiment Jean Dausset – 1er étage
27, rue du Faubourg St-Jacques
75679 Paris Cédex 14

Biologie du Médicament

Service de Pharmacologie du Pr. Tréluyer
DECT : 01 58 41 34 81

Réf. Commande : BMPHAE2- date d'application 01/03/2017

Dosage de médicament - ANTIEPILEPTIQUES

Etiquette patient :	***Médecin prescripteur***	***Etiquette service***
Nom : Prénom : Date de naissance :	Dr …… E-Mail-Pro …… (: ……. Fax : ……	*Nom du préleveur :* *Qualité :*

Interprétation possible quelque soit le délai entre la prise et le prélèvement si toutes les informations sont renseignées

INFORMATIONS PATIENT

- **Date et heure du prélèvement** : le …… / …… / …… à …… h …… min
- **Poids :** …… kg **Taille** : ……
- **Cotraitements**……
- Créatininémie : …… µmol/L
  - ❑ Dialysé : le …… / …… / …… de …… h …… min à …… h …… min
  - ❑ Epuration extrarénale continue
- **Grossesse** ❑non ❑ oui → Age gestationnel : …… SA
- **Motif du dosage** :
  - ❑ Suivi systématique
  - ❑ Initiation du traitement : le …… / …… / ……
  - ❑ Changement de dose……
  - ❑ Échec thérapeutique
  - ❑ Effets indésirables……
  - ❑ Interactions médicamenteuses : ……

MEDICAMENT A DOSER

Molécule	IV cp Gelule sol buvable	Posologie (mg x nb prise / jour)	Dernière administration Date	Heure
❑ **Clobazam (Urbanyl®)**		…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….
❑ **Lamotrigine (Lamictal®)**		…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….
❑ **Lévétiracétam (Keppra®)**	❑ ❑ ❑	…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….
❑ **MHD** (métabolite **Trileptal®**)	❑ ❑	…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….
❑ **Stiripentol** (**Diacomit®**)	❑ ❑	…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….
❑ **Topiramate** (**Epitomax®**)		…… mg …… /j	……/……. /…….	……. h …….

Prélèvement sur tube hépariné.
Délai de rendu maximal : 10 jours

Pensez à indiquer vos numéros de téléphone et de fax, s'il vous plait.