

ADAPTATION DE POSOLOGIE DU METHOTREXATE

U.F. de Pharmacologie Biologique et Pharmacocinétique

☎ 51076 - ✉ stp@chu-limoges.fr

Responsable du service : Pr P. Marquet

Postes 56140 : Secrétariat – 51089 : Secteur Urgences



**ETIQUETTE
PATIENT**

**ETIQUETTE
SERVICE**

PRELEVEMENT

Date :/...../.....

Nom du préleveur :

PRESCRIPTEUR

Tampon ou nom lisible :

**RESERVE AU LABORATOIRE
RECEPTION**

Date :/...../.....Heure :

Initiales :

Renseignements obligatoires pour la prise en compte de la demande :

Poids:kg

Taille : cm

Dose administrée de METHOTREXATE : mg

Pathologie traitée :

Il s'agit de la cure de **METHOTREXATE** chez ce patient.

PERFUSION IV de METHOTREXATE

Date, heure et minute du **début** de la Perfusion : le/...../..... àh

Date, heure et minute de **la fin** de la Perfusion : le/...../..... àh

ADMINISTRATION INTRATHECALE de METHOTREXATE

Dose administrée :mg le/...../..... àh

PRELEVEMENTS : (cocher la case)

- 1^{er} prélèvement (**fin de perfusion**) (bras opposé à la perfusion)
Date : Heure réelle du prélèvement :h.....
- 2^{ème} prélèvement (**fin de perfusion + 12 heures**)
Date : Heure réelle du prélèvement :h.....
- 3^{ème} prélèvement (**fin de perfusion + 24 heures**)
Date : Heure réelle du prélèvement :h.....
- 4^{ème} prélèvement (**fin de perfusion + 36 heures**)
Date : Heure réelle du prélèvement :h.....
- 5^{ème} prélèvement (**fin de perfusion + 48 heures**)
Date : Heure réelle du prélèvement :h.....

Les prélèvements s'effectuent dans des tubes « VACUTAINER » (bouchon bleu royal).