

**ORDONNANCE MEDICALE
DEMANDE D'AIDE A L'ADAPTATION DE
POSOLOGIE
DE NEORAL[®] PER OS EN GREFFE DE
MOELLE**

Service de Pharmacologie et Toxicologie – Centre Régional de Pharmacovigilance
U.F. de Pharmacologie Biologique et Pharmacocinétique
☎ 51076 ou 49324
✉ stp@chu-limoges.fr

Etiquette Patient

Service Demandeur

Date de la greffe :

Date de la demande :

Date des prélèvements :

Période post-greffe : J2 J14 J28

PROTOCOLE VOIE ORALE

		Ciclosporine (NEORAL[®])
Demande d'adaptation (AUC)		Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Nombre de prises par jour		
Dose	Matin	
	Mi-journée	
	Soir	

Horaires des prélèvements	Théoriques	Réels
T0		
Heure de la prise		
T 1h		
T 4h		

T0 = prélèvement effectué avant administration de la dose matinale

IMPORTANT DES HORAIRES DE PRELEVEMENTS :

Les horaires théoriques sont calculés à compter de l'heure de la prise matinale.

Les horaires réels de prélèvements sont indispensables.

Exemple :

Heure d'administration : 8 h00
Heure théorique du 1^{er} prélèvement : 8h20
Heure réelle du 1^{er} prélèvement : 8h25

Prescripteur : _____ Signature : _____