PRESCRIPTION URACILEMIE

URGENT ☒

UF (*) ☐☐☐☐ libellé service

Etablissement

Prescripteur (Nom ET prénom) **(*) - Tel :**

Je m'engage à transmettre les résultats au patient 8520 ☒

Préleveur (Nom et prénom) **(*)**

Copie à (consultant extérieur CHU uniquement)

* mentions légales à fournir

No IPP

Nom usage(*) *Zone à faire apparaitre de la poche kangourou du sachet*

Nom naissance (*) étiquette patient

Prénom (*)

Date naissance (*)

Sexe (*) F ☐ M ☐

No séjour

zone réservée à la biologie

Date de prélèvement (*) ☐☐ ☐☐ ☐☐ **Heure de prélèvement (*)** ☐☐ ☐☐

Technicien recevant l'analyse (y compris ceux des laboratoires extérieurs) :

Heure de congélation (*) ☐☐ ☐☐

TRANSPORT (Hors CHU Saint-Etienne*) :

Heure de prise en charge par le transporteur (*) ☐☐ ☐☐

-20°C : laboratoires extérieurs ☐

Condition de transport

+4°C :HDG ☐

CONDITIONS PREANALYTIQUES :

Le non-respect des recommandations préanalytiques entraine une altération des échantillons et donc des résultats faux. Chaque personne impliquée dans la prise en charge de ce prélèvement (PRELEVEUR, TRANSPORTEUR et TECHNICIEN) engage sa responsabilité et comprend qu'un retard peut avoir de lourdes conséquences sur la chimiothérapie du patient.

Prévenir **OBLIGATOIREMENT** le laboratoire au 04 77 12 77 36 ou au **427736** de l'envoi

Prélever aux heures de la prise en charge de ce dosage (**8h00 - 18h00**)

1 tube sur héparinate de lithium sans séparateur (tube bouchon vert foncé)

Remplir la prescription en indiquant obligatoirement les renseignements cliniques et thérapeutiques, le prescripteur et **son téléphone**.

Acheminer **IMMEDIATEMENT** les échantillons :

- à température ambiante, le délai doit être **inférieur à 1 heure ; à +4°C,** le délai doit être **inférieur à 4 heures.**
- Au-delà de ces délais, le prélèvement doit nous parvenir **centrifugé décanté congelé à -20°C en respectant les conditions précédemment citées avant congélation.**

L'analyse sera annulée si l'ensemble des points précédents n'est pas respecté.

RENSEIGNEMENTS CLINIQUES ET THERAPEUTIQUES :

☐ **Dépistage avant traitement par :**

☐ 5 fluoro-uracile ☐ capécitabine (*Xeloda®*)

Date prévue de la cure : / /

☐ **Recherche suite à une toxicité :**

Date de dernière prise : / / Date de survenue de la toxicité / /

Traitement : ☐ 5 fluoro-uracile ☐ capécitabine (*Xeloda®*)

Posologie : mg

Grade de toxicité (1 à 5) :

Type de toxicité : ☐ Cardiaque ☐ Diarrhée ☐ Hématologique

☐ Syndrome mains-pieds ☐ Mucite ☐ Autres :

PRESCRIPTION :

☐ Uracilémie 7800