

La non conformité de la demande d'examens peut entraîner la non réalisation des analyses ( GBEA -arrêté Novembre 1999 )

**Étiquette du malade ou**

Nom : .....  
 Nom de jeune de fille : .....  
 Prénom : .....  
 Sexe : .....  
 Date de naissance : ...../...../.....  
 N° de Venue : .....

Cachet du service

Téléphone:

Médecin Prescripteur : .....

Nom du préleveur : .....  
 Qualité du préleveur : .....

Incidents survenus au cours du prélèvement : .....

## AUC Immunosuppresseur

- |  |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |
|--|---------------------------------|------------------------------------|------------------------------------|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> Greffe <table style="display: inline-table; vertical-align: middle; margin-left: 20px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> rénale</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> hépatique</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> cardiaque</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> pulmonaire</td></tr> </table> | <input type="checkbox"/> rénale | <input type="checkbox"/> hépatique | <input type="checkbox"/> cardiaque | <input type="checkbox"/> pulmonaire | } | Date de la greffe :<br>... / ... / ...<br><br><input type="checkbox"/> Mucoviscidose |
| <input type="checkbox"/> rénale  |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> hépatique   |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> cardiaque   |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> pulmonaire  |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |
| <input type="checkbox"/> Lupus*  |                                 |                                    |                                    |                                     |   |  |

Date de la cinétique : ... / ... / ...

Posologie quotidienne (mg) : .....

Nombre de prises : 1 – 2 – 3 – 4

Dose avant cinétique **ce matin** (mg) : .....

- TRAITEMENTS ASSOCIES AU MYCOPHENOLATE :**
- Ciclosporine (Néoral, Sandimmun)
  - Tacrolimus (Prograf)
  - Sirolimus (Rapamune)
  - Evérolimus (Certican)
  - Aucun

PATHOLOGIE	Lupus*	Transplantation (Rein ou foie)	Transplantation (toutes greffes)	Transplantation (Poumon)
MOLECULE	MYCOPHENOLATE (Cellcept)		CICLOSPORINE	TACROLIMUS
CODE	STAMP		CICAB	TACAB
<b>Heure de dernière prise :</b>				
<b>Heure <u>réelle</u> du prélèvement N°1 :</b>	(T40'±10')	(T20'±10')	(=T0)	(=T0)
<b>Heure <u>réelle</u> du prélèvement N°2 :</b>	(T2h±25')	(T1h±15')	(T1h±15')	(T1h±15')
<b>Heure <u>réelle</u> du prélèvement N°3 :</b>	(T3h±30')	(T3h±30')	(T3h±30')	(T3h±30')

\*Remplir impérativement les 2 fiches de renseignements cliniques suivantes pour le lupus

Prélèvements sur **tubes EDTA 3 mL**

## Fiche de renseignements à remplir en cas de Lupus

Date du prélèvement I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

NOM I\_I\_I\_I

PRENOM I\_I\_I\_I

SEXE: Masculin  Féminin

Date de naissance I\_I\_I\_I\_I\_I\_I POIDS I\_I\_I\_I kgs TAILLE I\_I\_I\_I cm

### Critères de classification (simultanés ou successifs) du Lupus Systémique

1. Rash malaire OUI  NON

2. Lupus discoïde OUI  NON

3. Photosensibilité OUI  NON

4. Ulcérations orales ou nasopharyngées OUI  NON

5. Polyarthrite non érosive OUI  NON

6. Pleurésie ou péricardite OUI  NON

8. Convulsions ou psychose OUI  NON

9. Atteinte hématologique: (anémie hémolytique, ou leucopénie < 4000/ $\mu$ l constatée à 2 reprises ou lymphopénie < 1500/ $\mu$ l constatée à 2 reprises ou thrombopénie < 100 000/ $\mu$ l, en l'absence de drogues cytopéniantes OUI  NON

10. Titre anormal de facteurs anti-nucléaires par immuno-fluorescence (en l'absence de drogues inductrices) OUI  NON

11. Perturbations immunologiques: (Titre anormal d'anticorps anti-ADN natif ou anticorps anti-Sm ou présence d'anticorps antiphospholipides: sérologie syphilitique dissociée constatée à 2 reprises en 6 mois ou anticoagulant circulant de type lupique ou titre anormal d'anticorps anti-cardiolipine en IgG ou IgM) OUI  NON

### Traitements en cours:

Corticothérapie: OUI  NON

NOM I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

Dose I\_I\_I\_I mg/jour

Hydroxychloroquine OUI  NON

I\_I\_I\_I mg/jour

Cellcept Dose I\_I\_I\_I\_I mg/jour depuis le I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I\_I

**Activité du lupus selon le SLEDAI (cocher la case du score SLEDAI si item présent le jour de l'examen et/ou dans le mois précédent)**

Valeur	score SLEDAI	Symptôme / signe	Définition
8	___	Convulsion	Début récent. Absence de cause métabolique, infectieuse ou médicamenteuse.
8	___	Psychose	Perturbation des activités quotidiennes normales, liée à un trouble sévère de la perception de la réalité, dont hallucinations, incohérence, perte des associations d'idées, appauvrissement du contenu de la pensée, pensées illogiques, comportement bizarre, désorganisé ou catatonie. Absence d'insuffisance rénale aiguë ou de cause médicamenteuse.
8	___	Syndrome cérébral organique	Altération fluctuante des fonctions cognitives d'apparition rapide, avec désorientation, troubles de la mémoire ou des autres fonctions supérieures, dont obscurcissement des idées avec difficultés de concentration et incapacité de prêter attention à son environnement, et au moins deux des signes suivants: trouble de la perception, discours incohérent, insomnie ou somnolence diurne, ou augmentation ou diminution de l'activité psychomotrice. Absence de cause métabolique, infectieuse ou médicamenteuse.
8	___	Trouble visuel	Anomalies rétinienne liées au lupus, dont corps cytoïdes, hémorragies rétinienne, exsudat séreux ou hémorragies choroïdiennes, ou névrite optique. Absence d'hypertension, de cause infectieuse ou médicamenteuse.
8	___	Atteinte des nerfs crâniens	Apparition récente d'une neuropathie sensitive ou motrice des nerfs crâniens.
8	___	Céphalées lupiques	Céphalées intenses, persistantes, parfois migraineuses, mais résistantes aux morphiniques.
8	___	AVC	AVC récent(s). Absence d'athérosclérose.
8	___	Vascularite	Ulcération, gangrène, nodules digitaux douloureux, infarctus péri-unguéal, hémorragie sous unguéale ou vascularite prouvée par biopsie ou angiographie.
4	___	Arthrites	Plus de deux articulations douloureuses et inflammatoires (palpation douloureuse, gonflement, épanchement...).
4	___	Myosite	Douleur/faiblesse musculaire proximale, associée à une élévation des CPK ou de l'aldolase ou à des modifications de l'électromyogramme, ou à une preuve histologique de myosite.
4	___	Cylindres urinaires	Cylindres granuleux ou hématiques
4	___	Hématurie	> 5 hématies/champs (grossissement max). Absence de lithiase, d'infection ou d'autres causes...
4	___	Protéinurie	> 0.5 g/24h. Apparition ou augmentation récente de plus de 0.5 mg/24h.
4	___	Leucocyturie	> 5 leucocytes/champs (grossissement max). Absence d'infection.
2	___	Nouveau rash	Apparition ou récurrence d'un rash inflammatoire.
2	___	Alopécie	Apparition ou récurrence d'une perte de cheveux anormale, diffuse ou en plaque.
2	___	Ulcération des muqueuses	Apparition ou récurrence d'ulcérations orales ou nasales.
2	___	Pleurésie	Douleur thoracique de type pleurale avec frottement, épanchement, ou épaissement pleural.
2	___	Péricardite	Douleur péricardique avec au moins un des signes suivants: frottement, épanchement, ou confirmation à l'ECG ou à l'échographie.
2	___	Baisse du complément	Diminution de CH50, C3, ou C4 en dessous de la valeur normale inférieure.
2	___	Augmentation des anticorps anti-ADN	Test de Farr positif (selon la norme du laboratoire).
1	___	Fièvre	> 38°C. Absence de cause infectieuse.
1	___	Thrombocytopénie	< 100 000 plaquettes/mm <sup>3</sup> .
1	___	Leucopénie	< 3 000 leucocytes/mm <sup>3</sup> . Absence de cause médicamenteuse.
<b>score total</b>	___		