



Biomnis

## Calcul de l'aire sous la courbe de Mycophénolate Cellcept®

### DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier • BP 7322 • 69357 Lyon cedex 07

Tél. : +33 (0)4 72 80 23 85 • Fax : +33 (0)4 72 80 73 56 • E-mail : [international@biomnis.com](mailto:international@biomnis.com)

### MÉDECIN PRESCRIPTEUR / LABORATOIRE TRANSMETTEUR

Nom : .....  
Hôpital/service : .....  
CP : ..... Ville : ..... Pays : .....  
Tél. : ..... Fax : .....

### PATIENT

Nom : ..... Prénom : .....  
Nom de naissance : ..... Sexe : ☐ F ☐ M  
Date de naissance : .....

### CONTEXTE DE LA DEMANDE

☐ Suivi de maladie auto-immune Type de pathologie : .....  
☐ Suivi de patient greffé  
Type de greffe : ☐ Rein ☐ Poumon ☐ Foie ☐ Coeur  
Date de la greffe : .....  
☐ Autre motif de la demande : .....





















































### TRAITEMENT

Date de début de traitement au mycophénolate : .....  
Dose le matin : ..... mg  
Dose le midi : ..... mg  
Dose le soir : ..... mg  
Délai entre chaque prise : ☐ 8 h ☐ 12 h ☐ 24 h ☐ 2 j ☐ 3 j  
Immunosuppresseur associé : ☐ NON ☐ OUI,  
☐ Ciclosporine ☐ Tacrolimus ☐ Sirolimus ☐ Corticoïdes ☐ Autre : .....  
Patient diabétique : ☐ OUI ☐ NON

### CINÉTIQUE

Date de prélèvement : .....  
T0 (avant la prise) : ..... h ..... min (heure réelle)  
Heure de la prise : ..... h ..... min (heure réelle)  
T20 min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle) T..... min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle)  
T60 min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle) T..... min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle)  
T180 min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle) T..... min (après la prise) : ..... h ..... min (heure réelle)  
**Si la demande de l'AUC concerne la Myfortic® il faut impérativement avoir les temps T0, T20 min, T40 min, T1h, T2h, T3h, T4h, T6h, T8h, T10h, T12h.**

# Temps de dosage du mycophénolate

INDICATION	POPULATION	ACIDE MYCOPHÉNOLIQUE						
Transplantation rénale	 	 20 min	 1h	 3h				
Transplantation hépatique	 	 20 min	 1h	 3h				
Transplantation cardiaque		 20 min	 1h	 3h				
		Non disponible						
Transplantation pulmonaire	 non muco	 20 min	 1h	 3h				
	 muco	 20 min	 1,5h		 4h			
		Non disponible						
Greffe de moelle		 20 min	 1h	 3h				
		Non disponible						
	  Tous âges, en IV	 20 min	 1h	après le début de la perfusion		 1h	 3h	après la fin de la perfusion
Lupus			 40 min	 2h	 3h			
		 20 min	 1h		 3h			
Syndrome néphrotique		 20 min	 1h	 3h				
Autre contexte	Au moins 6 prélèvements dont un T0	 0 min	 20 min	 1h	 2h	 3h	 4h	après la prise



Adultes



Enfants