



Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance

Fiche de Renseignement pour le Suivi Thérapeutique Pharmacologique de l'Acide valproïque

Etablissement: ..... Service: .....  
Nom du médecin : .....  
Tel/ Fax. : ..... E-mail : .....

Patient externe

Patient hospitalisé

Nom du patient: ..... Prénom : .....

Age: ..... Poids : ..... Taille : .....

Diagnostic ou motif du traitement : .....

Date de début de la maladie : .....

Evolution de la maladie : Stabilisée  Date..... ; Rechute  Date.....

Antécédents médicaux du patient : .....

Date de début du traitement par l'acide valproïque : .....

Posologie (rythme) : ..... Voie d'administration : .....

Dernière administration le: ..... / ..... / ..... à ..... h .....

Prélèvement le : ..... / ..... / ..... à ..... h .....

- Motif du dosage plasmatique:
- Adaptation posologique
  - Non réponse au traitement
  - Effets indésirables  De quel type : .....
  - Autre: .....

Indiquer tous les médicaments pris par le patient y compris dans le cadre de l'automédication:

Médicaments associés (DCI)	Posologie	Date d'administration		Raison d'emploi
		Début	Fin	

Bilan hématologique : Normal  Perturbé  Préciser :.....  
Bilan rénal: Normal  Perturbé  Préciser :.....  
Bilan hépatique : Normal  Perturbé  Préciser :.....  
Autres bilans : .....

**N.B:** Veuillez suivre les instructions suivantes lors du prélèvement du patient :

1. Le sang doit être prélevé sur **tube hépariné sans gel séparateur**.
2. Le prélèvement doit être effectué le matin de préférence **avant la prochaine prise** (en taux résiduel) à l'équilibre des concentrations, soit après **au moins 4 jours de traitement**.
3. Le prélèvement doit être conservé de préférence entre **2 et 8°C** avant l'acheminement proprement dit (**envoi réfrigéré**).
4. Pour un dosage différé, centrifuger et séparer sérum ou plasma. Les échantillons peuvent être conservés au réfrigérateur à une température de **2 à 8°C** pendant **une semaine**.

Date : .....

Cachet et signature du médecin traitant