

Etiquette du patient :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

SERVICE DEMANDEUR : (NOM, ADRESSE PRECISE, TEL. ET FAX)

*Nous de mettre le FAX du service
pour le bus nous à résultats*

**MEDECIN PRESCRIPTEUR :
IDENTITE DU PRELEVEUR :**

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Poids :
Créatinine :
Dialyse :
Hémofiltration :
Insuffisance hépatique :

non oui
 non oui
 non oui

Taille : *DM*
Clairance :
dernière le ? _____ de _____ h à _____ h
Dialyse péritonéale : non oui

Renseignements cliniques : (pathologie, site de l'infection, sensibilité du ou des germes...)

Motif de la demande :

surveillance thérapeutique
 suspicion de surdosage
 interaction médicamenteuse ?
 suspicion d'inefficacité
 compliance ?

Nature du prélèvement :

sérum autre (préciser) : _____

gentamicine (DGM) vancomycine (DVA) isoniazide (DINH) linezolide (DH)
 tobramycine (DTM) teicoplanine (DTEC) autre (DM)
 amikacine (DAN)

ANTIBIOTIQUE A DOSER			
Posologie et rythme / 24h			
Voie d'administration (durée précise)			
Heures des injections ou prises			
Date de début du traitement			
Date de modification de posologie			
Dernière administration : date : heure :			
Date / heure prélèvement 1			
Date / heure prélèvement 2			

ANTIBIOTIQUES ET MEDICAMENTS REÇUS DEPUIS 8 JOURS : RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Nom :							
Date début :							
Date arrêt :							
Posologie :							