

Feuille de renseignements pour dosage d'antibiotiques

GEDI n°11167-v3

Etiquette du patient :

Service Demandeur

Tél :
(indiquer le n° complet)

Fax :
(indiquer le n° complet)

Fax du laboratoire : 02.32.88.56.86

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

Renseignements cliniques : Pathologie / Site infectieux : _____
 Germe(s) : _____
 CMI (si connue) : _____

Motifs de la demande : Suivi thérapeutique systématique Suspicion d'inefficacité
 Suspicion de surdosage Suspicion d'inobservance
 Contrôle d'une adaptation de posologie Autre : _____

Nature du prélèvement : Sérum LCR Urines
 Liquide pleural Liquide d'ascite Autre : _____

Conditions de prélèvement : Temps prélèvement **T0 (résiduel)** : le/...../..... àh.....
 Autre temps prélèvement (**PIC, T.....h**) : le/...../..... àh.....

ANTIBIOTIQUE(S) A DOSER			
Posologie et rythme (g ou mg/...h) /..... /..... /.....
Voie d'administration	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IV SE	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IV SE	<input type="checkbox"/> PO <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IV SE
Durée d'administrationhhh
Heure(s) d'administration			
Date/heure dernière administration	Le/...../..... àh.....	Le/...../..... àh.....	Le/...../..... àh.....
Date de début du traitement	Le/...../.....	Le/...../.....	Le/...../.....

Autres renseignements utiles : _____