

## 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 ...../...../..... à .....h.....  
 Autre temps prélèvement (**PIC, T.....h**) : le ...../...../..... à .....h.....

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'administration	.....h	.....h	.....h
Heure(s) d'administration			
Date/heure dernière administration	Le ...../...../..... à .....h.....	Le ...../...../..... à .....h.....	Le ...../...../..... à .....h.....
Date de début du traitement	Le ...../...../.....	Le ...../...../.....	Le ...../...../.....

Autres renseignements utiles : \_\_\_\_\_