

ORDONNANCE MEDICALE**DOSAGE D'ANTIBIOTIQUES***U.F. de Pharmacologie Biologique et Pharmacocinétique - Poste 51076**Responsable du service : Pr P. Marquet**Secrétariat : poste 56140 - Secteur Urgences : poste 51089*ETIQUETTE
PATIENTETIQUETTE
SERVICE

PRELEVEMENT

Date :/...../.....

Nom/Prénom du préleveur :

Qualité :

PRESCRIPTEUR

Tampon ou nom lisible :

RESERVE AU LABORATOIRE

RECEPTION

Date :/...../.....

Heure :.....

Initiales :

RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES*L'interprétation de l'analyse ne pourra pas être réalisée en l'absence de ces renseignements.*

Molécule à analyser		
Motif de la demande		<input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique systématique <input type="checkbox"/> Inefficacité <input type="checkbox"/> Surexposition / Surdosage <input type="checkbox"/> Effets indésirables :
Patient	Poids (kg) et taille (cm)	
	Créatinine plasmatique (µmol/L) : Date :	
Traitement antibiotique	Indication / Site d'infection	
	Germe et CMI*	
	Voie d'administration	<input type="checkbox"/> Voie orale <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Perfusion continue <input type="checkbox"/> IV discontinue (durée de perfusion :)
	Dose et fréquence	
	Début de traitement	Le/...../20..... àh..... Dose de charge : <input type="checkbox"/> oui : mg <input type="checkbox"/> non
	Dernière prise	Le/...../20..... àh.....
Date(s) et heure(s) de prélèvement(s)		Le/...../20..... àh..... Le/...../20..... àh..... Le/...../20..... àh.....
Informations supplémentaires		

**si connu au moment du prélèvement*