biomnis
BIOLOGIE MÉDICALE SPÉCIALISÉE

Fiche de renseignements Anti-infectieux

PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋

ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom : .....

Adresse : .....

CP : ⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋⌊_⌋ Ville : .....

Service prescripteur : .....

Téléphone et fax du service prescripteur OBLIGATOIRES pour transmettre les résultats rapidement

Tél : ..... Fax : .....

Médecin prescripteur : .....

Identité du préleveur : .....

RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

- Poids : ..... Créatinine : ..... Clairance : .....
- Dialyse : ☐ NON ☐ OUI Dernière dialyse le .....de.....h à .....h
- Hémofiltration : ☐ NON ☐ OUI Dialyse péritonéale : ☐ NON ☐ OUI

RENSEIGNEMENTS CLINQUES

(pathologie, site de l'infection, germe(s), sensibilité du ou des germes et CMI du ou des germes si réalisée(s)...)

MOTIF DE LA DEMANDE

☐ Surveillance thérapeutique ☐ suspicion de sous-dosage et d'inefficacité

☐ Suspicion de surdosage et de toxicité ☐ problème de compliance au traitement

☐ Interactions médicamenteuses

NATURE DU PRÉLÈVEMENT : ☐ sérum ☐ autre (préciser) : .....

ANTIBIOTIQUE À DOSER				
Posologie unitaire				
Voie d'administration (durée précise si perfusion)				
Nombre d'injections ou prises / 24h				
Heure d'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 MÉDICAMENTS REÇUS DEPUIS 8 JOURS : RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

NOM							
Date de début							
Date d'arrêt							
Posologie							

Ces analyses font l'objet d'une retransmission.