

Pharmaco-Toxicologie : Fiche de renseignements pour le Suivi Thérapeutique des Anti-Infectieux

Obligatoire pour tout prélèvement adressé au laboratoire

ETIQUETTE PATIENT

NOM :

OU

Prénom :

Date de
naissance :

Service :

Médecin correspondant :

Mail :

Téléphone :

I. CONTEXTE DE LA DEMANDE

Inefficacité

Interaction médicamenteuse

Surdosage -Effets indésirables

Suivi

Suspicion d'inobservance

Autre (*préciser*) :

II. RENSEIGNEMENTS GENERAUX

Poids :Kg

Grossesse :

Oui – Nb SA : Non

Albuminémie : g/L

Insuffisance hépatique :

Oui Non

Créatinine : $\mu\text{mol/l}$

DFG estimé : ml/min/1.73m^2

Mesuré

CKD-EPI

MDRD

Autre :

Si demande de dosage de Dalbavancine : taille : cm

Si demande de dosage d'antifongiques : CRP : mg/l

III. THERAPEUTIQUE EN COURS :

Date de début du **traitement** ou de dernier changement de posologie :

Posologie journalière :

..... mg/jour

En continu (administration par seringue électrique) sur 24 heures

En discontinu :

➔ Nombre de prises par jour :

➔ Horaires de prises :

➔ Si perfusion, durée de la perfusion :

Date et heure du **prélèvement** :

Nature du prélèvement

Sang LCR

Date et heure de dernière **prise** avant prélèvement :

Si patient **dialysé** :

Type de dialyse :

Dialyse discontinue Dialyse continue

Prélèvement réalisé

AVANT dialyse PENDANT dialyse APRES dialyse

Traitement administré :

PENDANT dialyse APRES dialyse Jour sans dialyse

Date de dernière dialyse : / /

IV. CONTEXTE INFECTIEUX

Traitement curatif

Traitement prophylactique

Nature de l'infection :

Documentée :

Oui Non

Sur quel prélèvement :

Espèce identifiée :

CMI :

Cas des antirétroviraux

Nom de spécialité :

Charge virale et date :

Co-infection :

Oui Non Si oui laquelle :

Co-traitements :

V. AUTRES RENSEIGNEMENTS