



ANNEE : ☒ 2 0 ☐ ☐

☐ URGENCE

DATE DE PRELEVEMENT :

☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16
☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 ☐ 24 ☐ 25 ☐ 26 ☐ 27 ☐ 28 ☐ 29 ☐ 30 ☐ 31 jour
☐ 1 ☐ 2 ☐ 3 ☐ 4 ☐ 5 ☐ 6 ☐ 7 ☐ 8 ☐ 9 ☐ 10 ☐ 11 ☐ 12 mois

HEURE DE PREL. :

☐ 00 ☐ 01 ☐ 02 ☐ 03 ☐ 04 ☐ 05 ☐ 06 ☐ 07 ☐ 08 ☐ 09 ☐ 10 ☐ 11
☐ 12 ☐ 13 ☐ 14 ☐ 15 ☐ 16 ☐ 17 ☐ 18 ☐ 19 ☐ 20 ☐ 21 ☐ 22 ☐ 23 heures
☐ 00 ☐ 05 ☐ 10 ☐ 15 ☐ 20 ☐ 25 ☐ 30 ☐ 35 ☐ 40 ☐ 45 ☐ 50 ☐ 55 min

ANTIBIOTIQUE A DOSER

1 tube BD bouchon jaune 5 ml

☐ GENTAMICINE
☐ Pic
☐ Résiduel

☐ AMIKACINE
☐ Pic
☐ Résiduel

☐ VANCOMYCINE
☐ Pic
☐ Résiduel
☐ Perfusion continue

Posologie/24h

*

*

*

*

*

Rythme d'administration

*

*

*

*

*

Voie d'administration

*

*

*

*

*

Début du traitement

*

*

*

*

*

Dernière administration : Date
Heure

*
*

*
*

*
*

*
*

*
*

Renseignements cliniques indispensables

Dialyse ☐

Site de l'infection : Germe (s) :

Insuffisance hépatique oui ☐ non ☐

Pour "Autre Antibiotique" joindre le formulaire de l'Hôpital St Joseph disponible
sur le guide des examens VISKALI

AUTRE ANTIBIOTIQUE A DOSER ☐

1 tube BD bouchon violet 4ml

CADRE RESERVE
A L'IMM
A RCP CURIE
ETIQUETTE

CADRE RESERVE
A CURIE
(Services de soin)
ETIQUETTE

NOM ET SIGNATURE
PRESCRIPTEUR

NOM ET SIGNATURE
PRELEVEUR

