



ANNEE : 2 0

DATE DE PRELEVEMENT : URGEN
 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 mois

HEURE DE PREL. : 00 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10
 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 heures
 00 05 10 15 20 25 30 35 40 45 50 min

1 tube BD bouchon rouge

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

ANTIBIOTIQUE A DOSER

Gentamicine Amikacine Vancomycine Autre antibiotique
 PIC PIC PIC PIC
 RESIDUEL RESIDUEL RESIDUEL RESIDUEL

Posologie/24h * * * *
 Rythme d' administration * * * *
 Voie d' administration * * * *
 Début du traitement * * * *
 Dernière administration : Date * * * *
 Heure * * * *

AUTRE ANTIBIOTIQUE ADMINISTRE

Indiquer le nom de l'antibiotique

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 non

COLLER ICI ETIQUETTE PATIENT

NOM DU PRESCRIPTEUR (et tampon)

NOM DU PRELEVEUR ET SIGNATURE