



## DOSAGE DE L'AMIODARONE

(Fiche de renseignements cliniques, à remplir **obligatoirement** par **le médecin** prescripteur)

### Identification :

Nom :	Prénoms :		
Date de naissance : / /	Sexe : F ] M ]	Poids :	
Hospitalisé : ]	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé : ]	Tél :	Prochain RDV :	

### Indication :

Motif de la prescription :
Pathologie (s) associée (s) :

### Amiodarone :

Nom de spécialité :									
Posologie : Dose de charge <input type="checkbox"/> : .....	le	/	/	à	h				
Dose d'entretien <input type="checkbox"/> : .....	débutée le	/	/	à	h				
Dernière prise : le	/	/	à	h	Prélèvement : le	/	/	à	h

### Prélèvements :

**Tc-r** : 24 heures après la prise de la dose de charge, juste avant la 1<sup>ère</sup> dose d'entretien ]

**Te-r** : au moins 1mois après le début du traitement d'entretien juste avant la prochaine prise du matin ]

### Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

### Tolérance :

Pas d'effets indésirables : ]      Dépôts cornéens ]      Photosensibilité ]      Hyperpigmentation ]  
Pneumopathies infiltratives ]      Bradycardie ]      Troubles de la conduction ]  
FT<sub>4</sub> : .....      TSH : .....      ASAT : .....      ALAT : .....      Bilirubine : .....      PAL : .....  
Autres : .....

### Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un tube **EDTA (NFS)**. Le prélèvement se fait juste avant la prise médicamenteuse suivante. Le tube doit être étiqueté et acheminé au laboratoire à une température de 4°C dans un emballage résistant portant les coordonnées du laboratoire et de l'expéditeur.

Réservé au médecin prescripteur

Médecins prescripteurs :  
Signature et cachet :  
Tél / Fax :

Réception le ...../...../..... à ..... h

N°BC : ..... N° d'ordre : .....