



DOSAGE DE L'ASPIRINE

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

Identification :

Nom :	Prénoms :		
Date de naissance : / /	Sexe : F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Poids :	
Hospitalisé : <input type="checkbox"/>	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé : <input type="checkbox"/>	Tél :	Prochain RDV :	

Indication :

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

Aspirine :

Nom de spécialité :	Posologie, rythme et voie d'administration :
Date du début du traitement :	Dernière modification de la posologie :
Dernière prise : le / / à h	Prélèvement : le / / à h

Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voies d'administration

Tolérance :

Pas d'effets indésirables : Bourdonnements d'oreilles Surdité Céphalées :
Douleurs abdominales : Hémorragies digestives : Réactions allergiques : Syndrome de Rye :
Acidose métabolique : Coma : Hypoglycémie :
Autres :

Conditions de prélèvement et d'acheminement :

10 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le prélèvement se fait 2 heures après la prise médicamenteuse. 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 :