



# DOSAGE DU DIAZEPAM

(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) :

## Diazépam :

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 voie d'administration

## Tolérance :

Pas d'effets indésirables :  Asthénie  Hypotonie musculaire  Amnésie   
Somnolence  Ataxie  Syndrome de sevrage  Dépression respiratoire   
Coma  Réactions cutanées  ASAT:..... ALAT:.....  
Autres:.....

## Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans **un tube hépariné**. 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 : .....