



DOSAGE DE LA DIGOXINE

(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) :

Digoxine :

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

Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

Tolérance :

Pas d'effets indésirables : Troubles digestifs : Troubles de la conduction :
Troubles de l'excitabilité : Troubles de la vision : Troubles psychiatriques :
Manifestations allergiques : Plaquettes :

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/...../..... àh

N°BC:.....N° d'ordre :