



## DOSAGE DE L'ISONIAZIDE

(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 : (obligatoire)	
Hospitalisé : <input type="checkbox"/>	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé : <input type="checkbox"/>	Tél :	Prochain RDV :	

### Indication :

Tuberculose pulmonaire commune  Méningite tuberculeuse  Tuberculose ganglionnaire  Tuberculose urogénitale   
 Tuberculose ostéoarticulaire  Miliaire tuberculeuse   
 Autres : .....  
 Pathologie(s) associée(s) : .....

### Isoniazide :

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

### Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

### Tolérance :

Pas d'effets indésirables :  Nausées  Douleurs épigastriques   
 Vomissements  Fièvre  Myalgies   
 Arthralgies  Neuropathie périphérique  Excitation neuropsychique   
 Convulsions  ASAT : ..... ALAT : .....  
 Autres : .....

### Conditions de prélèvement et d'acheminement :

10 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le prélèvement se fait 3 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 : .....