



DOSAGE DU METHOTREXATE

(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 :	SC :
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) :

Méthotrexate :

Nom de spécialité :	Posologie et voie d'administration :	Protocole :
Date et heure du début de la perfusion : / / à h.....		
Date et heure de la fin de la perfusion : / / à h.....		
Date et heure exacte du prélèvement : / / àh.....		

Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

Tolérance :

Pas d'effets indésirables : Toxicité digestive : Toxicité cutanéomuqueuse :
 Neurotoxicité : Toxicité pulmonaire :
 Toxicité hématologique : GB : PNN : Hb : Plaquettes :
 Créatinine : Clearance de la créatinine :
 ASAT : ALAT : Bil : PAL :
 Autres :

Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le tube doit **rester à l'abri de la lumière**, 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 :