



DOSAGE DU MIDAZOLAM

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

Indication:

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

Midazolam :

| | |
|-------------------------------|--|
| 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 : Bradypnée : Apnée : Arrêt respiratoire :
Hypotension : Tachycardie : Bradycardie : Somnolence :
Sédation : Convulsion : Dépendance : Réactions allergiques :
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/...../..... àh

N°BC :N° d'ordre :