



DOSAGE DES QUININES

Chloroquine]

Hydroxychloroquine]

(Fiche de renseignements cliniques, à remplir **obligatoirement** par **le médecin** prescripteur)

Identification :

Nom :		Prénoms :	
Date de naissance : / /	Sexe : F] M]	Poids :	
Hospitalisé :]	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé :]	Tél :	Prochain RDV :	

Indication :

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

Hydroxychloroquine :

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 :] Rétinopathie] Eruptions cutanées] Photosensibilisation] Nausées]
Diarrhée] Anorexie] Vomissements] Vertiges] Acouphènes]
Surdité] Convulsion] Atteinte neuromusculaire] Mycardiopathie] Troubles de la conduction]
GB:..... Hb:..... GR:..... ALAT:..... ASAT:.....
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 :