



## DOSAGE DE LA RIFAMPICINE

(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 :

Activité antistaphylococcique .....  
 Activité antituberculeuse .....

### Motif du dosage :

Problème d'observance  Résistance au traitement   
 Effet indésirable toxique  Autres motifs de dosage :.....

### Rifampicine :

Nom de spécialité :	Posologie, rythme et voie d'administration :
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 :  Anorexie  Douleurs abdominales   
 Nausées  Perturbation du cycle menstruel  Réactions cutanées   
 Syndrome grippal  Troubles respiratoires  Anémie hémolytique   
 ASAT : ..... ALAT : ..... GB : .....  
 Plaquettes : ..... Eosinophiles : ..... Créat : .....  
 Autres : .....

### Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. Le prélèvement se fait le matin 2 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 : .....