



DOSAGE DES SULFAMIDES HYPOGLYCEMIANTS

Glibenclamide

Glimépiride

Glibornuride

(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 :

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

Motif du dosage :

Hypoglycémie factice :

Autres :

Sulfamides :

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 Hypoglycémie : Nausées : Vomissements : Diarrhée :
Porphyrie : Réactions cutanées : Coma : ASAT : ALAT :
Bil : GB : GR : Plq : Na+ :
Autres :

Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un tube EDTA (NFS). Le prélèvement se fait soit juste **avant la prise médicamenteuse** suivante, soit au moment de l'**épisode hypoglycémique**. 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

Réception le/...../..... àh

Médecins prescripteurs :

Signature et cachet :

Tél / Fax :

N°BC : N° d'ordre :