



DOSAGE DE LA THEOPHYLLINE

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) :

Concernant l'asthme :

Début de la maladie depuis :
Fréquence des crises : Quotidienne <input type="checkbox"/> Hebdomadaire <input type="checkbox"/> Mensuelle <input type="checkbox"/> Annuelle <input type="checkbox"/> Saisonnière <input type="checkbox"/>
A préciser : Date de la dernière crise :
Dyspnée continue : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/> Dyspnée à l'effort : Oui <input type="checkbox"/> Non <input type="checkbox"/>
Allergie à : Acariens <input type="checkbox"/> Poussière de maison <input type="checkbox"/> Moisissures <input type="checkbox"/> Pollen <input type="checkbox"/> Laine <input type="checkbox"/> . Autre(s) :
Désensibilisation depuis :, Terminée <input type="checkbox"/> En cours <input type="checkbox"/> Interrompue <input type="checkbox"/>

Théophylline :

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 : Nausées : Vomissements : Céphalées :
Insomnie : Convulsions : Tachycardies :
Autres :

Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans **un tube EDTA (NFS)**. 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 :