



# DOSAGE DES ANTIFONGIQUES

## Voriconazole

(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 :	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé :		Tél :	Prochain RDV :

### Indication :

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

### Antifongiques :

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

### Prélèvements :

Taux résiduel : Tr

Taux au pic : T pic

### Médicament(s) associé(s) :

Nom de spécialité	Posologie et voie d'administration

### Tolérance :

Pas d'effets indésirables	Nausées:	Douleurs abdominales :	Diarrhée:
Fièvre :	Atteintes cutanées :	Alopécie :	Hypotension :
Céphalées :	Créat : .....	ASAT : .....	ALAT : .....
Bil T : .....	GB : .....	PNN:.....	Plaquettes : .....
Autres : .....			

### Conditions de prélèvement et d'acheminement :

5 ml de sang prélevés dans un **tube hépariné**. **Tr** se fait juste **avant la prise** médicamenteuse suivante. **Tpic** se fait juste à la **fin de la perfusion**. 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 : .....