



## DOSAGE DES NEUROLEPTIQUES

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

Halopéridol  Clozapine  Risperidone

### 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 :	

### Tabagisme

Oui <input type="checkbox"/>	Nombre de paquet année :	Non <input type="checkbox"/>
------------------------------	--------------------------	------------------------------

### Indication :

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

### Neuroleptiques :

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 : <input type="checkbox"/>	Somnolence <input type="checkbox"/>	Vertiges <input type="checkbox"/>	Céphalées <input type="checkbox"/>	Rigidité <input type="checkbox"/>
Tremblements <input type="checkbox"/>	Convulsions <input type="checkbox"/>	Tachycardie <input type="checkbox"/>	Hypotension orthostatique <input type="checkbox"/>	Modifications à l'ECG <input type="checkbox"/>
Constipation <input type="checkbox"/>	Sialorrhée <input type="checkbox"/>	Sécheresse de la bouche <input type="checkbox"/>	Prise de poids <input type="checkbox"/>	GB : .....
PNN : .....	Plq: .....	GR: .....	ASAT: .....	ALAT: .....
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.

<b>Réservé au médecin prescripteur</b>  Médecins prescripteurs : Signature et cachet : Tél / Fax :	Réception le ...../...../..... à .....h
	N°BC : ..... N° d'ordre : .....