



DOSAGE DES ANTIFONGIQUES

Fluconazole 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 : <input type="checkbox"/>	N° Dossier :	Service :	Hôpital :
Non hospitalisé : <input type="checkbox"/>	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

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 :