



Biomnis

## Fiche de renseignements cliniques Anti-infectieux

### DIVISION INTERNATIONALE

17/19, avenue Tony Garnier - BP 7322  
69357 Lyon cedex 07  
Tél. : **+33 (0)4 72 80 23 85**  
Fax : **+33 (0)4 72 80 73 56**  
E-mail : **international@biomnis.com**

### ETABLISSEMENT DEMANDEUR

Nom : .....

Adresse : .....

CP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : ..... Pays : .....

Service prescripteur : .....

Téléphone et fax du service prescripteur OBLIGATOIRES pour  
transmettre les résultats rapidement

Tél : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ] Fax : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

Médecin prescripteur : .....

Identité du préleveur : .....

### PATIENT

Nom : .....

Prénom : .....

Date de naissance : [ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ][ ]

### RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

- Poids : ..... Créatinine : ..... Clairance : .....
- Dialyse :  NON  OUI Dernière dialyse le ..... de ... h à ..... h
- Hémodilution :  NON  OUI Dialyse péritonéale :  NON  OUI

### Renseignements cliniques

(pathologie, site de l'infection, germe(s), sensibilité du ou des germes et CMI du ou des germes si réalisée(s)...)

### Motif de la demande

- Surveillance thérapeutique  Suspicion de sous-dosage et d'inefficacité
- Suspicion de surdosage et de toxicité  Problème de compliance au traitement
- Interactions médicamenteuses

### Nature du prélèvement

- Sérum  Autre (préciser) : .....

ANTIBIOTIQUE À DOSER					
Posologie unitaire					
Voie d'administration (durée précise si perfusion)					
Nombre d'injections ou prises / 24h					
Heure d'injections ou prises					
Date de début du traitement					
Date de modification de posologie					
Dernière administration : - date - heure					
Date / heure prélèvement 1					
Date / heure prélèvement 2					

### ANTIBIOTIQUES ET MÉDICAMENTS REÇUS DEPUIS 8 JOURS : RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES

NOM					
Date de début					
Date d'arrêt					
Posologie					