

Fiche de renseignements cliniques
Antiarythmiques

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.eurofinseu.com

 PATIENT

Nom :

Prénom :

Nom de naissance :

Date de naissance :

Sexe : F M

ETIQUETTE UF SERVICE DEMANDEUR

 MÉDECIN PRESCRIPTEUR

Nom :

Service :

Adresse :

CP : Ville :

Tél. :

Mail :

Recherche et/ou dosage de :

 MOTIF DE LA DEMANDE

Suivi Surdosage - Effets indésirables
 Inefficacité Suspicion d'inobservance

Suspicion d'interaction médicamenteuse
 Autre:

 POSOLOGIE ET MODE D'ADMINISTRATION

Per os (= Voie orale) : mg matin, mg midi, mg soir
 Intra musculaire (décrire la dose et le schéma d'administration) :
 Intra veineux En continu (IVSE , SAP) : mg/24h
 En discontinu (séquentiel ou perfusion : décrire la dose et le schéma d'administration) :
.....

Date et heure de dernière prise : à h min.

Date et heure de prélèvement : à h min.

Etiquette labo

 TRAITEMENTS ASSOCIES

Suivi Traitements associés inconnus
 Oui (lister) :

 AUTRES RENSEIGNEMENTS CLINIQUES

Insuffisance rénale : OUI NON NE SAIS PAS Créatininémie :

Dialyse : OUI NON NE SAIS PAS Clairance :

Insuffisance hépatique : OUI NON NE SAIS PAS

Hypoalbuminémie sévère : OUI NON NE SAIS PAS

Ces analyses font l'objet d'une retransmission dans le cadre d'un partenariat avec le CHU de Lille