eurofins | Biomnis

Fiche de renseignements cliniques
Antiarythmiques

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 ☐ Suspicion d'interaction médicamenteuse

☐ Inefficacité ☐ Suspicion d'inobservance ☐ 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

CHU LILLE