

Etiquette patient :
Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Médecin prescripteur :
Dr
Email :
t :

Etiquette service

Nom du préleveur : Qualité :

Sang Autres ...

Attention : renseignements absolument nécessaires pour une interprétation des résultats

Date et heure du prélèvement : Le/...../..... àh..... Date et heure de dernière administration : Le/...../..... àh..... Date et heure de début de traitement : Le/...../..... àh.....
Posologie mg, toutes les h Voie d'administration : Durée de perfusion :

Poids :kg
Taille : cm
Créatininémie : µmol/L
Age gestationnel à la naissance : SA

Epuration extrarénale continue : non oui
Dialysé : non oui Dernière dialyse (date et heure)
Prochaine dialyse (date et heure)
Cotraitements :

Motif de la demande :

Localisation de l'infection :
Bactérie :
 identifié, CMI ...
 suspecté
 probabiliste

Merci de remplir une feuille de demande par molécule

ANTIBIOTIQUES

<input type="checkbox"/> Amoxicilline	<input type="checkbox"/> Amoxicilline/Acide clavulanique	<input type="checkbox"/> Azithromycine	<input type="checkbox"/> Aztreonam
<input type="checkbox"/> Cefazoline	<input type="checkbox"/> Cefepime	<input type="checkbox"/> Cefiderocol	<input type="checkbox"/> Cefixime
<input type="checkbox"/> Cefotaxime	<input type="checkbox"/> Ceftaroline	<input type="checkbox"/> Ceftazidime	<input type="checkbox"/> Ceftazidime/Avibactam
<input type="checkbox"/> Ceftobiprole	<input type="checkbox"/> Ceftolozane/Tazobactam	<input type="checkbox"/> Ciprofloxacine	<input type="checkbox"/> Clarithromycine
<input type="checkbox"/> Clindamycine	<input type="checkbox"/> Cloxacilline	<input type="checkbox"/> Colistine	<input type="checkbox"/> Dalbavancine
<input type="checkbox"/> Daptomycine	<input type="checkbox"/> Doxycycline	<input type="checkbox"/> Imipeneme	<input type="checkbox"/> Imipeneme/Relebactam
<input type="checkbox"/> Levofloxacine	<input type="checkbox"/> Linezolid	<input type="checkbox"/> Meropeneme	<input type="checkbox"/> Meropeneme/Vaborbactam
<input type="checkbox"/> Moxifloxacine	<input type="checkbox"/> Ofloxacine	<input type="checkbox"/> Piperacilline	<input type="checkbox"/> Piperacilline/Tazobactam
<input type="checkbox"/> Rifampicine	<input type="checkbox"/> Sulfamethoxazole/Trimethoprim	<input type="checkbox"/> Tedizolide	<input type="checkbox"/> Temocilline
<input type="checkbox"/> Ticarcilline	<input type="checkbox"/> Tigecycline		

ANTIVIRAUX

<input type="checkbox"/> Aciclovir	<input type="checkbox"/> Ganciclovir	<input type="checkbox"/> Letemovir
------------------------------------	--------------------------------------	------------------------------------

- dosage en résiduelle : prélever juste avant la prise
 - dosage au pic : 10 à 15 min après la fin de perfusion si IV, T2 à 3h si voie orale
 - si dialyse : dosage en **prédialyse et postdialyse**
- Prélèvement sur tube hépariné **SANS GEL SEPARATEUR** (bouchon vert foncé)

OPTIMOME
OPTIPOP