

BON DE PRESCRIPTION DE PHARMACOLOGIE



Site Annecy : 0450636334
 0450636335
 Site St Julien : 0450496540

Coller une étiquette administrative Selon les dispositions réglementaires, les informations à fournir dans ce cartouche sont obligatoires	Nom Prescripteur :
	UF demandeur :
	Nom préleveur :
Identité réception :	Date prélèvement :
Heure arrivée labo :	Heure prélèvement :

DOSAGE D'ANTIBIOTIQUES

Patient sous AZTREONAM (AZACTAM ou CAYSTON) : OUI.. ... NON

TRAITEMENT(S) ANTIBIOTIQUE(S) à préciser:.....

POSOLOGIE :

HEURE DE LA DERNIERE PRISE : _____ h _____

NOM DE L'ANTIBIOTIQUE A DOSER

	Sang 1 tube sec nécessaire bouchon rouge sans gel séparateur	LCR 250 µl de LCR minimum
Amoxicilline (AMOX)	<input type="radio"/>	
Ciprofloxacine (CIPRO)	<input type="radio"/>	
Cloxacilline (CLOXA)	<input type="radio"/>	
Céfotaxime (CEFO)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ceftazidime (CEFTA)	<input type="radio"/>	
Lévofloxacine (LEVO)	<input type="radio"/>	
Linézolide (LINE)	<input type="radio"/>	
Méropénème (MERO)	<input type="radio"/>	
Pipéracilline (PIPE)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rifampicine (RIFAM)	<input type="radio"/>	
Céfazoline (CEFA)	<input type="radio"/>	
Céfépime (CEFE)	<input type="radio"/>	
Clindamycine (CLIND)	<input type="radio"/>	
Cefoxitine (CEFOX)	<input type="radio"/>	
Ertapénem (ERTA)	<input type="radio"/>	