

**Groupe Hospitalier  
Paris Saint-Joseph**

Unité de microbiologie clinique  
et dosages des anti-infectieux  
185 rue Raymond Losserand  
75674 Paris Cedex 14  
**Téléphone: 01 44 12 36 38**  
**Télécopie: 01 44 12 32 38**

**ETABLISSEMENT DEMANDEUR : (NOM, ADRESSE PRECISE)**

**Service prescripteur :**

**TEL et FAX du service prescripteur OBLIGATOIRES pour  
transmettre les résultats rapidement :**

**Etiquette du patient :**

Nom :  
Prénom :  
Date de naissance :

**MEDECIN PRESCRIPTEUR :**

**IDENTITE DU PRELEVEUR :**

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

**Poids :** **Créatinine :** **Clairance :**  
**Dialyse :**  non  oui **Dernière dialyse le** \_\_\_\_\_ **de** \_\_\_\_\_ **h à** \_\_\_\_\_ **h**  
**Hémofiltration :**  non  oui **Dialyse péritonéale :**  non  oui  
**Insuffisance hépatique :**  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) : \_\_\_\_\_

<b>ANTIBIOTIQUE A DOSER</b>				
Posologie unitaire				
Voie d'administration (durée précise si perfusion)				
Nombre injections ou prises / 24h				
Heures des 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 MEDICAMENTS REÇUS DEPUIS 8 JOURS : RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

<b>Nom :</b>							
Date début :							
Date arrêt :							
Posologie :							