

FICHE DE DOSAGE DE MEDICAMENTS POUR LE SUIVI THERAPEUTIQUE

Nom :
Prénom :
Sexe :
Age :
Poids : kg
Taille : m
 Fumeur Alcoolique Toxicomane
 Hospitalisé Consultant
Hôpital :
Service :
Médecin :
Date :
N° d'examen :

Dosage demandé :

Médicament (spécialité) :

Présentation et dosage :

Rythme d'administration :

Posologie : En mg/j : En mg/kg/j :

Date du début du traitement :

Heure de la dernière prise du médicament :

Heure du prélèvement :

Médicaments associés

Médicament	Posologie	durée de traitement
.....
.....
.....
.....
.....

Etat clinique du patient :
.....
.....

Motif du dosage

- Initiation de traitement Echec Thérapeutique Suivi thérapeutique
 Modification de schéma thérapeutique Effet Indésirable Autre :

Pathologie (s) associée (s)*

Rénale :
.....
Hépatique :
.....
Autre
(à préciser) :

Constantes Biologiques*

SGPT : Urée :
SGOT : Créatinine :
Phosphatase alcaline : Clairance :
Bilirubine totale :

Effets Indésirables*

.....
.....

* : Prière de remplir la ou les cases relatives à la pathologie associé, aux constantes biologiques et aux effets indésirables, concernant votre patient.

Signature et cachet