



Biomnis

**Fiche de renseignements cliniques**  
**Anti-infectieux**

**PATIENT**

Nom : .....  
Prénom : .....  
Date de naissance : [ ]

**ETABLISSEMENT DEMANDEUR**

Nom : .....  
Adresse : .....  
CP : [ ][ ][ ][ ][ ][ ] Ville : .....  
**Service prescripteur :** .....  
Téléphone et fax du service prescripteur OBLIGATOIRES pour transmettre les résultats rapidement  
Tél : [ ] Fax : [ ]  
Médecin prescripteur : .....  
Identité du préleveur : .....

**RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

- Poids : ..... Créatinine : ..... Clairance : .....  
• Dialyse :  NON  OUI Dernière dialyse le ..... de .... h à ..... h  
• Hémodilution :  NON  OUI Dialyse péritonéale :  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*) : .....

ANTIBIOTIQUE À DOSER					
Posologie unitaire					
Voie d'administration (durée précise si perfusion)					
Nombre d'injections ou prises / 24h					
Heure d'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 MÉDICAMENTS REÇUS DEPUIS 8 JOURS : RENSEIGNEMENTS INDISPENSABLES**

NOM					
Date de début					
Date d'arrêt					
Posologie					