



Assistance Publique
Hôpitaux de Marseille
REF : TLF032

DEMANDE DE DOSAGE (S) DE MEDICAMENT (S)

FÉDÉRATION DE PHARMACOLOGIE ET DE TOXICOLOGIE

Tél. : Laboratoire 04 91 38 75 67 - Secrétariat 04 91 37 75 65

IDENTITÉ DU PATIENT

Étiquette hospitalisé ou inscriptions manuelles (externes)

NOM

NOM JEUNE FILLE

PRENOM

DATE D'ENTRÉE Le [] [] [] [] à [] [] h [] []

DATE NAISS [] [] [] [] [] [] SEXE : F M

HOSPITALISATION [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] NPI [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

CHU TIMONE

Service Prestataire

Fédération de
Pharmacologie
et de Toxicologie

Pr. LACARELLE
Pr. BRUGUEROLLE

N° de TRAVAIL
(réservé au labo)

Service Prescripteur
N° U.F.

DATE Le [] [] [] []

PRESCRIPTEUR (Nom, qualité)

.....

Signature :

PRELEVEUR (Nom, qualité)

.....

Signature :

| PRELEVEMENT (S) | | |
|--------------------|--|--|
| Médicament à doser | Date et heure du prélèvement | Dernière administration avant le prélèvement |
| | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] |
| | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] |
| | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] | Le [] [] [] [] HEURE [] [] h [] [] |

Nature de l'échantillon : Sang Urine LCR

| TRAITEMENT (S) | | | | |
|-----------------------|-----------------------------|---|----------------|-----------------------------|
| Médicament administré | Date de début de traitement | Voie d'administration | Dose par prise | Nombre de prise journalière |
| | Le [] [] [] [] | Orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | |
| | Le [] [] [] [] | Orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | |
| | Le [] [] [] [] | Orale <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> Autres <input type="checkbox"/> | | |

| Médicament(s) associé(s) | Renseignements cliniques |
|--------------------------|--|
| | Taille : Poids : |
| | Insuffisance rénale <input type="checkbox"/> Insuffisance hépatique <input type="checkbox"/> |
| | Motif de la prescription |
| | Suivi thérapeutique <input type="checkbox"/> Echec thérapeutique <input type="checkbox"/> |
| | Intolérance <input type="checkbox"/> Observance <input type="checkbox"/> |
| | Greffe Le : <input type="checkbox"/> Interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> |