

8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1	8	4	2	1
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Marquer les cases d'un trait noir:

juste faux



Centre hospitalier universitaire vaudois

Service de Biomédecine
Service des Maladies Infectieuses
Réception des laboratoires BH 18-100
1011 Lausanne
Tél.: 021 31 44 280 – Fax: 021 31 44 288 – PP 439
www.chuv.ch/lab

Laboratoire et Division de pharmacologie clinique
Contact: Tél.: 021 31 44 271
Fax: 021 31 48 098 – PP439
Interprétation clinique: Tél.: 021 31 42 500
www.chuv.ch/pcl
Heures d'ouverture: lundi – vendredi 08h–17h

Date et heure du prélèvement indispensables

Jour:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Mois:

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Heure:

0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

 Min.:

15	30	45
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Patient

Nom:

Prénom:

Sexe:

Date de naissance complète:

Adresse complète:

N° postal / Localité:

V/réf.:

Facture:

Patient Demandeur

Etiquette code barres pour le CHUV



COPIE(S) À (adresse exacte et complète):

Nom du médecin:

Service, adresse:

Localité:

DEMANDEUR:

Nom du médecin:

Service, adresse:

Tél:

Etiquette déviation ou Etiquette de projet

MOTIVATION(S) CLINIQUE(S):

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Suivi thérapeutique | <input type="checkbox"/> Doute sur la compliance |
| <input type="checkbox"/> Réponse insatisfaisante | <input type="checkbox"/> Grossesse |
| <input type="checkbox"/> Suspicion de toxicité | <input type="checkbox"/> Etude (préciser): |
| <input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction(s) médicamenteuse(s) | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): |
| | <input type="checkbox"/> Demande urgente (motiver): |

INDICATION(S) AU TRAITEMENT:

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Prophylaxie | <input type="checkbox"/> Traitement de 1 ^{ère} ligne | <input type="checkbox"/> Traitement empirique pour fièvre persistante |
| <input type="checkbox"/> Traitement pré-emptif | <input type="checkbox"/> Traitement de sauvetage | <input type="checkbox"/> Infection asymptomatique (CMV) |
| <input type="checkbox"/> Infection documentée | <input type="checkbox"/> Suite de traitement | <input type="checkbox"/> Autre (préciser): |

PRÉLÈVEMENT À L'ÉTAT D'ÉQUILIBRE:

- Taux résiduel (5 min. avant dose suivante) Taux au pic (Seulement pour protocoles ou cas exceptionnels sur demande du spécialiste: Agents antibactériens/antifongiques: 1h après fin perfusion i.v. ou 2h post-dose orale; Antiviraux: 3h post-dose, sauf oseltamivir: 4h post-dose)

DONNÉES CLINIQUES:

- | | | | |
|-------------------------|--|--|--|
| Dysfonctions d'organes: | <input type="checkbox"/> cardiaque <input type="checkbox"/> hépatique | Immunosuppression: | <input type="checkbox"/> neutropénie |
| | <input type="checkbox"/> respiratoire <input type="checkbox"/> aucune | | <input type="checkbox"/> corticothérapie au long cours |
| | <input type="checkbox"/> autre (préciser): | | <input type="checkbox"/> autre (préciser): |
| Grefe: | <input type="checkbox"/> cardiaque <input type="checkbox"/> allogreffe hématopoïétique | Fonction rénale: | <input type="checkbox"/> insuffisance rénale |
| | <input type="checkbox"/> hépatique <input type="checkbox"/> autogreffe hématopoïétique | | créatinine sérique: µmol/L |
| | <input type="checkbox"/> rénale <input type="checkbox"/> autre (préciser): | | <input type="checkbox"/> hémodialyse |
| | <input type="checkbox"/> pulmonaire | | <input type="checkbox"/> hémodiafiltration continue |
| Effets indésirables: | <input type="checkbox"/> aucun | | <input type="checkbox"/> autre (préciser): |
| | <input type="checkbox"/> hépatique (préciser): | Poids patient: kg | Taille patient: cm |
| | <input type="checkbox"/> rénal (préciser): | Pour les prématurés, âge gestationnel: | |
| | <input type="checkbox"/> neurologique (préciser): | Co-médications: | |
| | <input type="checkbox"/> autre (préciser): | | |

Demande d'interprétation clinique de la mesure des taux de médicaments:

oui (par défaut) non

LID



Nom
Prénom

N° d'article CHUV: 934656 CHUV Labo-PCL-451 VS-06-2015 ATM-fr v.03

1
2
3
4
5
6
7
8
9
10
11
12
13
14
15
16
17
18
19
20
21
22
23
24
25
26
27
28
29
30
31

- Matériel adressé:**
- sang EDTA-K (S-Monovette, 4.9 ml)
 - sang citrate « coagulation » (S-Monovette, 2.7 ml)
 - sang fluorure/oxalate (BD Vacutainer, 2 ou 4 ml)
- échantillon reçu congelé
 échantillon reçu par transporteur

AGENT ANTI-INFECTIEUX À DOSER

ANTIBIOTIQUES:

Carbapénèmes:

- Ertapénème
- Imipénème
- Meropénème
-

Quinolones:

- Ciprofloxacine
- Lévofloxacine
-

Céphalosporines:

- Céfazoline
- Céfépime
- Ceftazidime
- Ceftriaxone
- Cefuroxime
-
-
-

Pénicillines:

- Amoxicilline
- Flucloxacilline
- Piperacilline/tazobactam
-

Tétracyclines:

- Doxycycline
- Tygecycline
-

Autres antibiotiques:

- Colistine/CMS
- Clindamycine
- Daptomycine
- Fosfomycine
- Linézolide
- Rifampicine
- Triméthoprim/sulfaméthoxazole
-

ANTIFONGIQUES:

Dérivés triazolés:

- Fluconazole
- Itraconazole / hydroxy-itraconazole
- Posaconazole
- Voriconazole
-

Echinocandines:

- Anidulafungine
- Caspofungine
-

Polyenes:

- Amphotéricine B libre
-

ANTIVIRAUX:

- Aciclovir
- Valaciclovir
- Ganciclovir
- Oseltamivir carboxylate
- Valganciclovir
-

INFORMATIONS SUR LA DERNIÈRE PRISE DU MÉDICAMENT INDISPENSABLES

Date réelle de la dernière dose:

- Jour: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31
- Mois: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

Heure réelle de la dernière dose:

- Heure: 0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23
- Min.: 15 30 45

Date de début du traitement ou dernier changement de posologie:

Posologie:

- Dose (mg): 0.1 0.2 0.3 0.4 0.5 0.6 0.7 0.8 0.9 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 20 30 40 50 60 70 80 90
- 100 200 300 400 500 600 700 800 900 1000 2000 3000 4000 5000 6000 7000 8000 9000
- Nb de prise(s)/24h: 1 2 3 4 5 6
- (exemple : pour une dose de 1500 mg, cocher la case 1000 ainsi que la case 500)

Voie d'administration: orale i.v. perfusion i.v. continue

Durée de perfusion:

Autre posologie (préciser):

INFORMATIONS INDISPENSABLES POUR L'INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS D'ANALYSES

Infection bactérienne:

- documentée *cliniquement* (préciser):
- documentée *microbiologiquement* (préciser):
- pathogène(s) :

Infection fongique:

- Aspergillose invasive
- Candidose invasive
- Autre mycose (préciser):

Infection virale:

- Maladie à cytomégalovirus (CMV)
- Influenza *Sous-type viral identifié:*
- Prophylaxie post-exposition (Influenza)
- Autre infection virale (préciser):

Généralités:

Localisation de l'infection (préciser):

Sensibilité *in vitro* du pathogène au traitement en cours:

sensible intermédiaire résistant

Concentration minimale inhibitrice (CMI) de l'agent antibactérien/antifongique: mg/L

Concentration inhibitrice 50 (IC₅₀) de l'antiviral: mg/L

Sévérité de l'infection: sepsis sepsis sévère choc septique

Réponse de l'infection à l'agent antibactérien/antifongique ou à l'antiviral: complète partielle stable détérioration

- **Acheminer sans délai** le prélèvement sanguin à la réception des laboratoires (maximum 30 min. après le prélèvement).
- **Traitement des échantillons** : centrifugation à 2500 tpm pendant 15 minutes, congélation du plasma à -80°C dans l'heure qui suit le prélèvement. Si ce délai ne peut pas être respecté, conserver l'échantillon à 4°C jusqu'à centrifugation et congélation (**max. 6h**).
- **Traitement/conservation/envoi inappropriés peuvent influencer la fiabilité des analyses/de leur interprétation clinique.**