



Ce document est disponible dans le répertoire des analyses du CHU de Caen en version pdf et la version est mise à jour par l'assistant qualité du Pôle de Biologie.

(à remplir uniquement par les services extérieurs au CHU de CAEN)

Identification du patient :

Nom :
Prénom :
Date de naissance :
Sexe : M ☐ F ☐

Date du prélèvement : / /
Heure du prélèvement : h
Préleveur :
Prescripteur :

Renseignements cliniques :

Poids :
Insuffisance rénale : Oui ☐ Non ☐
Insuffisance hépatique : Oui ☐ Non ☐
Médicaments associés :

Renseignements sur l'analyse à effectuer :

Molécule à doser :
Nom du médicament :
Posologie :
Date et heure de dernière prise :
Date de début de traitement :

Motif de la demande :

Suivi thérapeutique pharmacologique systématique ☐
Suspicion de surdosage ou toxicité ☐
Contrôle d'une adaptation de posologie ☐
Problème de compliance au traitement ☐
Suspicion de sous dosage ou inefficacité ☐
Autre (préciser) ☐ : _____

Nature du prélèvement :

Sang total ☐ Sérum * ☐ Plasma * ☐ Autre ☐ : _____

* Si sérum ou plasma, préciser la nature du tube d'origine : _____