

Etiquette ORBIS Patient

Etiquette UH Etablissement

Prescripteur : .....

PPHG/H-03/22

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

Préleveur : .....

Téléphone : .....  
 du lundi au vendredi de 9h00 à 16h30

N° ENREGISTREMENT  
LABORATOIRE

Hôpitaux Universitaires PITIÉ-SALPÊTRIÈRE - CHARLES FOIX  
 Département Médico-Universitaire BioGeM  
 Suivi Thérapeutique Pharmacologique Spécialisé : Dr N. ZHR

Bâtiment Pharmacie - 3ème étage - Secteur Salpêtrière

Biologistes de validation : 01.42.16.20.15  
 01.42.16.20.22



Merci de cocher correctement les cases  
 au stylo bille noir ou bleu

Date de prélèvement 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  
 Jan Fev Mars Avr Mai Juin Juil Août Sept Oct Nov Dec

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  24  25  26  27  28  29  30  31  32  33  34  35  40  45  50  55

NON CONSENTEMENT DU PATIENT (CYBERLAB)

## SUIVI THERAPEUTIQUE PHARMACOLOGIQUE DES ANTIBIOTIQUES

Date de mise sous traitement : le ...../...../.....

**Motif de la demande :**  Suivi thérapeutique  Evaluation de l'observance  Suspicion de surdosage ou effets indésirables  
 Autre : .....

### 1 tube rouge 6ml sans anti-coagulant

	Posologie	Date et heure Dernière prise	IV	IVSE
Amikacine	<input type="checkbox"/> Pic (30 mn après perf.) .....mg x ...../jour <input type="checkbox"/> Résiduel	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Gentamicine	<input type="checkbox"/> Pic (30 mn après perf.) .....mg x ...../jour <input type="checkbox"/> Résiduel	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vancomycine	<input type="checkbox"/> Pic (30 mn après perf.) .....mg x ...../jour <input type="checkbox"/> IV (Discontinue) <input type="checkbox"/> IVSE (Continue)	le ...../...../..... à .....h.....		

### 1 tube vert foré 6ml - Héparine de lithium (prélèvement avant la prise)

Acheminement dans les 4h

	Posologie	Date et heure Dernière prise	IV	IVSE	VO
<input type="checkbox"/> Amoxicilline (Clamoxyl / Augmentin)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Ampicilline (Unacim)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Avibactam (Zavicefta)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Céfépime (Axévim)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Céfiderocol (Fetroc)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Céfotaxime (Clafan)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ceftazidime (Fortum)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ceftriboprole (Vialibio)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Ceftriaxone (Rocephine)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Cloxacilline (Orbenine)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Dalbacin (Vydalba)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Linézolide (Zinnoxid)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Oxacilline (Istopen)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Piperacilline (Pirerilline / Tazocilline)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tazobactam (Tazocilline)	.....mg x ...../jour	le ...../...../..... à .....h.....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	



## CINETIQUES ANTIBIOTIQUES

## UNE FEUILLE DE DEMANDE PAR ANTIBIOTIQUE DEMANDE

Tube vert foncé 6 ml - Héparine de lithium 1 tube par analyse

Date de mise sous traitement : ...../...../..... Date de la dernière prise : ...../...../..... Heure de la dernière prise: .....h.....

Voie :  Orale  Injectable Rifampicine (Rifadine) Dose.....mg x ...../jour

Analyses nécessitant une prise en charge rapide

 Ciprofloxacine (Ciflo) Dose.....mg x ...../jour Delamanid (Quofenix) Dose.....mg x ...../jour Levofloxacine (Tavanic) Dose.....mg x ...../jour Moxifloxacine (Izilox) Dose.....mg x ...../jour

## Cinétique Rifampicine (voie orale)

## Prélèvements (1 tube/temps)

- T0 (avant la prise) .....h.....
- 1 h+/- 10 min après la prise .....h.....
- 2 h+/- 15 min après la prise .....h.....
- 3 h a 5 h+/- 30 min après la prise .....h.....

## Cinétique Rifampicine (voie IV)

## Prélèvements (1 tube/temps)

- T0 (avant la perfusion) .....h.....
- 30 min+/- 5 min après la fin de la perfusion .....h.....
- 2 h+/- 15 min après la fin de la perfusion .....h.....
- 3 h a 5 h+/- 30 min après la fin de la perfusion .....h.....

## Cinétique Fluoroquinolones (voie orale)

## Prélèvements (1 tube/temps)

- T0 (avant la prise) .....h.....
- 1 h+/- 10 min après la prise .....h.....
- 2 h+/- 15 min après la prise .....h.....
- 3 h a 5 h+/- 30 min après la prise .....h.....

## Cinétique Fluoroquinolones (voie IV)

## Prélèvements (1 tube/temps)

- T0 (avant la perfusion) .....h.....
- 30 min+/- 5 min après la fin de la perfusion .....h.....
- 2 h+/- 15 min après la fin de la perfusion .....h.....
- 3 h a 5 h+/- 30 min après la fin de la perfusion .....h.....

NON CONFORMES (cadre réservé au laboratoire) NB: la présence de non-conformité(s) entraînera un retard sur le rendu des résultats

## Non conformités informatives :

- Renseignements absent / incomplet
- UH absente / illisible
- Prescripteur absent / illisible
- Préleveur absent / illisible
- Tube sans prescription
- Date prél. absente / erronée
- Heure prél. absente / erronée

## Non conf. discontinuantes :

- Echantillon non identifié
- Echantillon manquant
- Prescription non identifiée
- Discordance d'identité éch / prescrit
- Echantillon coagulé
- Tube mal rempli (hémostase, VS)
- Quantité d'échantillon insuffisante

- Echantillon arrivé accidenté
- Discordance nature éch / analyse
- Contenant non adapté
- Conditions de transport non respectées
- Tube ou flacon vide
- Délai acheminement dépassé
- Absence de seniorisation
- Présence bulles d'air seringue GDS

Analyse(s):.....

- Demande annulée  Analyse exceptionnellement réalisée  Serv. prévenu  Serv. non prévenu  Serv. injoignable