

**CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BORDEAUX**  
**LABORATOIRE DE PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE (Poste 95991)**

La non conformité de la demande d'examens peut entraîner la non réalisation des analyses ( GBEA -arrêté Novembre 1999 )

**ORDONNANCE MEDICALE**  
**ADAPTATION DE POSOLOGIE D'ANTIBIOTIQUES**

Version 13/04/2108

Etiquette  
Patient

Tampon Service Demandeur

Date : ...../...../.....

**RENSEIGNEMENTS OBLIGATOIRES POUR PRISE EN COMPTE DE LA DEMANDE**

**Poids :** ..... kg

**Taille :** .....cm

**Créatinine sérique :**

Une créatininémie du jour est indispensable.

Date : ...../...../20....

Concentration : ..... µmol/L

Indication :

Infection sévère

Infection à staphylocoque

Endocardite

Infection à VISA ou GISA (CMI : ..... mg/L)

Infection ostéo-articulaire

Autre(s) : .....

**AMINOSIDES**

AMIKACINE

PAMKP + PAMKE

GENTAMICINE

PGENP + PGENE

TOBRAMYCINE

PTOBP + PTOBE

**GLYCOPEPTIDES**

VANCOMYCINE

PS

TR

C moy

TEICOPLANINE (IV)

PS

TR

**ADMINISTRATION REPETEE**

Dose unitaire : ..... mg ..... fois par jour

Durée de l'injection : ..... min

Instauration de la posologie le : ...../...../20....

Dernière administration le : ...../...../20.... à ..... h..... min

**PRELEVEMENT en PHASE D'ELIMINATION**

*Juste avant l'administration suivante ou 6 à 8h après la fin de perf.*

Date : ...../...../20....

Heure réelle de prélèvement : ..... h..... min

**PRELEVEMENT au PIC**

*30 min après la fin de l'injection*

Date : ...../...../20....

Heure réelle de prélèvement : ..... h..... min

**PERFUSION CONTINUE**

Dose quotidienne : ..... mg / 24 h

Instauration de la posologie le : ...../...../20....

à : ..... h..... min

Dernière administration le : ...../...../20....

**PRELEVEMENT ENTRE 2  
ADMINISTRATIONS\***

Date : ...../...../20....

Heure réelle de prélèvement : ..... h.....min

\* Si début de traitement, attendre au moins 12h

Prescripteur : NOM ..... Signature :