



Centre National de Pharmacovigilance et de Matéiovigilance

Dosage plasmatique des médicaments
Fiche de renseignement

Nom du médecin :
Tel/ Fax. : E-mail :
Service : Hôpital :

Nom du malade : Prénom : Age :
Poids : Taille : Malade externe Malade hospitalisé
Adresse(ville) : N° de tel :
Diagnostic ou motif du traitement :
Date de début de la maladie :
Antécédents médicaux du malade :

Motif du dosage plasmatique :

Adaptation posologique Non réponse au traitement
Effets indésirables Si oui de quel type :
Autres :

Médicament à doser :

Carbamazépine Acide valproïque

Date du début du traitement :
Posologie (rythme) :
Voie d'administration :
Date et heure de la dernière prise du médicament* :
Date et heure du prélèvement* :

Indiquer tous les médicaments pris par le malade y compris dans le cadre de l'automédication :

Médicaments (DCI)	Posologie	Date d'administration		Raison d'emploi
		Début	Fin	

Bilan réalisé :

Hématologique : normal perturbé préciser :
Rénal : normal perturbé préciser :
Hépatique : normal perturbé préciser :

Evolution de la maladie : Stabilisée date..... ; Rechute date.....

* : A préciser : heure du prélèvement par rapport à la dernière prise du médicament.