

ENREGISTREMENT

**LABORATOIRE DE BIOLOGIE MEDICALE
DU CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE BESANCON**

PHARMACOLOGIE CLINIQUE ET TOXICOLOGIE

CHU Besançon, Hôpital Jean Minjot, 3 bd Fleming – 25030 BESANCON Cedex

Responsable du dosage :

Dr Patrice Muret

Téléphone et e-mail : 06.83.177.166 / 03.706.32034

p1muret@chu-besancon.fr

Dr Jennifer Lagoutte Renosi

Téléphone et e-mail : 03.706.32379

jlagoutte@chu-besancon.fr

FICHE DE RENSEIGNEMENTS

(à transmettre impérativement avec les prélèvements ou par fax)

ETIQUETTE PATIENT

Nom :

Prénom :

Date de naissance :

IDENTIFICATION PRESCRIPTEUR

PRELEVEMENT

Date :

horaire :

vallée (résiduelle)

horaire :

pic

INDICATIONS

Suivi Thérapeutique Pharmacologique

Echec

Insuffisance hépatique ou rénale

Interaction médicamenteuse

Effet indésirable

Observance douteuse

TRAITEMENT ANTIRETROVIRAL

	NOM	Dose en mg matin	Dose en mg soir	Dernière prise		Dosage demandé (cocher la case)
				date	horaire	
ARV 1						
ARV 2						
ARV 3						
ARV 4						
ARV 5						

AUTRES TRAITEMENTS ASSOCIES

COMMENTAIRES EVENTUELS