



**Unité de Microbiologie clinique
et dosages des anti-infectieux**
185 rue Raymond Losserand
75674 Paris cedex 14
tel : 01 44 12 32 84
fax : 01 44 12 32 38
dosages.anti-infectieux@hpsj.fr

Numéro de travail

Identité du patient Etiquette P CERNER

Numéro de séjour

Nom
Prénom
Né(e) le _____ sexe



ETABLISSEMENT DEMANDEUR : (NOM, ADRESSE PRECISE) (Pour établissement extérieurs)	Numéro de bon de commande [OBLIGATOIRE] _____ (Pour établissement extérieurs)	Réception échantillon(s) : Réservé laboratoire Initiales : _____ Nbre de tube(s) : _____ EDTA <input type="checkbox"/> Sec <input type="checkbox"/> Hépariné <input type="checkbox"/> Décanté(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Congelé(s) : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--	---

Service prescripteur : _____ TEL : _____ FAX (OBLIGATOIRE) : _____ Médecin prescripteur : _____ Identité du préleveur : _____	Renseignements cliniques INDISPENSABLES <i>Site de l'infection, Bactérie(s) incriminée(s), CMI si réalisée(s)</i>
---	---

Renseignements biologiques INDISPENSABLES Poids (kg) : _____ Fonction rénale : <input type="checkbox"/> Créatinémie : _____ <input type="checkbox"/> Clairance de créatinine : _____ Dialyse <input type="checkbox"/> Oui <input type="checkbox"/> Non Type de dialyse : <input type="checkbox"/> Hémodialyse Dernière dialyse (date et heure) : _____ Prochaine dialyse (date et heure) : _____ <input type="checkbox"/> Dialyse péritonéale <input type="checkbox"/> Hémofiltration <input type="checkbox"/> Hémodiafiltration	Motivation clinique <input type="checkbox"/> Surveillance thérapeutique <input type="checkbox"/> Suspicion de surdosage <input type="checkbox"/> Suspicion d'inefficacité <input type="checkbox"/> Doute sur la compliance <input type="checkbox"/> Suspicion d'interaction médicamenteuse <input type="checkbox"/> Changement de posologie Insuffisance hépatique : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non Hypoalbuminémie sévère : <input type="checkbox"/> oui <input type="checkbox"/> non
--	--

RENSEIGNEMENTS PHARMACOLOGIQUES INDISPENSABLES A L'INTERPRETATION DES RESULTATS

ANTIBIOTIQUE(S) A DOSER			
Nature	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre : _____	<input type="checkbox"/> Sang <input type="checkbox"/> LCR <input type="checkbox"/> Autre : _____
Date de prélèvement JJ/MM/AA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Heure de prélèvement	<input type="checkbox"/> Résiduel (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Pic (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Taux à (horaire) : __ h __	<input type="checkbox"/> Résiduel (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Pic (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Taux à (horaire) : __ h __	<input type="checkbox"/> Résiduel (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Pic (horaire) : __ h __ <input type="checkbox"/> Taux à (horaire) : __ h __
Dose unitaire	_____	_____	_____
Fréquence par 24h	_____	_____	_____
Voie d'administration	<input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> Perfusion continue Dose de charge : _____	<input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> Perfusion continue Dose de charge : _____	<input type="checkbox"/> Per os <input type="checkbox"/> Autre : _____ <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> 30' <input type="checkbox"/> 1h <input type="checkbox"/> 1h30 <input type="checkbox"/> 2h <input type="checkbox"/> 3h <input type="checkbox"/> 4h <input type="checkbox"/> Perfusion continue Dose de charge : _____
Date début du traitement JJ/MM/AA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Date modification posologie JJ/MM/AA	____/____/____	____/____/____	____/____/____
Date et heure de la dernière administration JJ/MM/AA	____/____/____ - __ h __	____/____/____ - __ h __	____/____/____ - __ h __

ANTIBIOTIQUES ET MEDICAMENTS RECUS DEPUIS 8 JOURS

Nom							
Date début							
Date arrêt							

PENICILLINES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pénicilline G (Extencilline®) ▪ Pénicilline V (Oracilline®) * (30min-1h) ▪ Amoxicilline (Clamoxyl®) *(2h) ▪ Amoxicilline - Acide clavulanique (Augmentin®) *(1h30) ▪ Ticarcilline (Ticarpen®) ▪ Ticarcilline - Acide clavulanique (Claventin®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Pipéracilline (Pipérilline®) ▪ Pipéracilline - Tazobactam (Tazocilline®) ▪ Cloxacilline (Orbenine®) *(1h) ▪ Oxacilline (Bristopen®) ▪ Témocilline (Negaban®)
ANTITUBERCULEUX	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Isoniazide + Acétyl-INH (Rimifon®, INH dans Rifater® et Rifinah®) *(3h) ▪ Ethambutol (Myambutol®, Dexambutol®) *(2h-3h) ▪ Pyrazinamide (Pirilène®) (PZA dans Rifater®) *(2h-3h) ▪ Rifampicine (Rifadine®, Rimactan®, rifampicine dans Rifater® et Rifinah®) *(2h-3h) ▪ Rifabutine (Ansatipline®) *(3h-4h) ▪ Moxifloxacine (Izilox®) *(1h-2h) ▪ Lévofloxacine (Tavanic®) *(1h-2h) ▪ Amikacine (Amiklin®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Streptomycine ▪ Linézolide (Zyvoxid®) *(1h30) ▪ Cyclosérine (Seromycin®) *(2h) ▪ PAS (Paser®) *(4h-8h) ▪ Ethionamide (Trecator®) *(2h) ▪ Imipénème (Tienam®) ▪ Méropénème (Meronem®) ▪ Amoxicilline – Ac clavulanique IV (Augmentin®)
MONOBACTAME	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Aztréonam (Azactam®) 	
CARBAPENEMES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Imipénème (Tienam®) ▪ Méropénème (Meronem®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ertapénème (Invanz®)
CEPHALOSPORINES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Céfazoline (Cefacidal®) ▪ Céfoxitine (Mefoxin®) ▪ Céfamandole ▪ Céfuroxime (Zinnat®) *(3h) ▪ Céfixime (Oroken®) *(3h -4h) ▪ Céfotaxime (Claforan®) ▪ Ceftriaxone (Rocephine®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ceftazidime (Fortum®) ▪ Céfépime (Axepim®) ▪ Ceftolozane-Tazobactam (Zerbaxa®) ▪ Ceftazidime-Avibactam (Zavicefta®) ▪ Ceftaroline-fosamil (Zinforo®)
AMINOSIDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Amikacine (Amiklin®) ▪ Gentamicine (Gentalline®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Tobramycine (Nebcine®) ▪ Streptomycine
POLYPEPTIDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Colistine (Colimycine®) 	
GLYCOPEPTIDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Vancomycine (Vancocine®) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teicoplanine (Targocid®)
OXAZOLIDINONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Linézolide (Zyvoxid®) *(1h30) 	
FLUOROQUINOLONES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Ciprofloxacine (Ciflox®) *(1h-2h) ▪ Lévofloxacine (Tavanic®) *(1h-2h) ▪ Moxifloxacine (Izilox®) *(30min-2h) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Péfloxacine (Peflacine®) *(1h30) ▪ Ofloxacine (Ofloce®) *(1h)
LINCOSAMIDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clindamycine (Dalacine®) *(1h-1h30) 	
RIFAMYCINES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifampicine (Rifadine®, Rimactan®) *(2h-3h) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Rifabutine (Ansatipline®) *(3h-4h)
MACROLIDES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Clarithromycine (Zeclar®) *(2h) ▪ Azithromycine (Zithromax®) *(2h-3h) ▪ Spiramycine (Rovamycine®) *(1h) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Josamycine (Josacine®) *(1h-4h) ▪ Erythromycine
CYCLINES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Doxycycline (Vibramycine®) *(2h-4h) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Minocycline (Mynocine®) *(2h)
AUTRES	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Triméthoprime-Sulfaméthoxazole (Bactrim®) *(2h) ▪ Acide fusidique (Fucidine®) *(1h) 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Fosfomycine (Fosfocine®, Monuril®) *(2h-2h30)

CONDITIONS DE PRELEVEMENT

Dosages sériques: tube EDTA (idéal) ou tube sec sans gel ou tube hépariné sans gel (pas de tube hépariné pour les aminosides)

Dosages dans les autres liquides biologiques : pot stérile sans conservateur

Modalités de prélèvement :

Résiduel (Cmin) : dans l'intervalle des 30 min avant injection ou prise orale

Pic (Cmax) :

- Tmax IV : 30min min après la fin de la perfusion au bras opposé
- Tmax IM, SC : 1h après injection
- Tmax PO* : indiqué pour chaque molécule

Perfusion continue : sans contrainte horaire, au bras opposé

CONDITIONS D'ACHEMINEMENT

Centrifuger (10 min à 3000 rpm) et décanter le sérum ou le plasma et le congeler rapidement (dans l'heure pour la colistine et les carbapénèmes et au maximum 8h pour les autres antibiotiques)

- 80°C pour les pénicillines et inhibiteurs (ac clavulanique, tazobactam), carbapénèmes, colistine (acheminement dans la carboglace)
- 20°C pour les autres antibiotiques (acheminement dans la glace ou la carboglace si la durée de transport le nécessite)

FACTURATION

- 1650 (B70) : pour un dosage d'aminoside ou de vancomycine
- 1651 (B120) : pour deux dosages d'aminosides prescrits simultanément (ex: résiduel + pic)
- HN100 : dosage de teicoplanine
- M001 (BHN 150) : dosage d'un antibactérien non nommé inscrit par méthode chromatographique dans un liquide biologique
- 1652 (B80) : dosage d'INH
- 1653 (B120) : dosage d'INH + métabolite
- M100 (BHN 150) : dosage d'un antituberculeux par méthode chromatographique dans un liquide biologique
- M025 (BHN 120) : dosage d'un métabolite utile à l'interprétation pharmacologique et/ou toxicologique