

**INSTAURATION OU MODIFICATION  
D'UNE ANTIBIOTHERAPIE CE JOUR  
A REMPLIR PAR LE PRESCRIPTEUR**

**ENTREE**

Nom établissement : ..... Spécialité du service : .....

Date de l'enquête : ...../...../ 2008

Patient : Nom (N) : ..... Prénom (PP) : ..... Poids (même approximatif) : .....

date de naissance : ...../...../..... sexe : F / M

Prescripteur :  médecin thésé  interne (sans l'avis d'un senior)

**SITUATION PRECISE MOTIVANT L'ANTIBIOTHERAPIE**

**Modalités du choix :**

Prescription:  de mémoire  après consultation d'1 référentiel si oui : lequel ? .....

Et sous quelle forme ?  papier  intranet  internet  autre : .....

Consultation d'un collègue :  oui  non

si oui :  du service  de l'établissement  externe à l'établissement

microbiologiste  infectiologue  pharmacien  autre : .....

**Comorbidités**

Immunodéprimé (corticoïdes, radio, chimio...)  Insuffisant rénal

**Indication du traitement**

curatif , si oui :  probabiliste  documenté

prophylactique

ATB préalable:  oui  non Si oui :  en cours  arrêtée

**Situation précise motivant l'antibiothérapie :**

.....

**En cas de modification de l'antibiothérapie, motif :** .....

**Biologie**

Prélèvements effectués :  oui  non

Si oui, lesquels ?

GB  CRP  Hémoculture  LCR  ECBU  Bandelettes U  autre(s) : .....

**Autre examen complémentaire (préciser) :** .....

**PRESCRIPTION INITIEE OU MODIFIEE CE JOUR**

Heure de prescription : .....

Antibiotique(s)	Posologie	Unités	Durée prévisible	Voie administration
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....	.....

Commentaires :

.....  
.....  
.....