

Avis Infectiologie Transversale

(Fiche à remplir ou à faire valider par l'interne responsable du patient ou médecin senior)

Date de l'avis :	<input type="checkbox"/> Avis initial <input type="checkbox"/> Suivi
Établissement :	Nom du patient :
Service :	Prénom :
Médecin demandeur :	Date de naissance :
Téléphone : (poste joignable y compris après 18h ou portable)	Allergie(s) :
Fax : (pour une réponse écrite)	
Équipement ou matériel en place	Créatinine (en micromol / l) :
PM ou défibrillateur : <input type="checkbox"/>	
Prothèse valvulaire : <input type="checkbox"/> (bioprothèse ou mécanique)	Estimation du débit de filtration glomérulaire :
Prothèse vasculaire : <input type="checkbox"/>	
Prothèse articulaire : <input type="checkbox"/>	
Matériel d'ostéosynthèse : <input type="checkbox"/>	
Prothèse biliaire : <input type="checkbox"/>	
Autres : <input type="checkbox"/>	
Type de cathéter	
VVC : <input type="checkbox"/>	
Picc line : <input type="checkbox"/>	
CIP : <input type="checkbox"/>	
Cathéter de dialyse : <input type="checkbox"/>	
Dérivation du LCS, DVE, DVP : <input type="checkbox"/>	
Double J : <input type="checkbox"/>	
SAD : <input type="checkbox"/>	
Autres : <input type="checkbox"/>	Poids :

Motif de l'appel :

- 1- Conseil thérapeutique pour : Endocardite infectieuse
 Bactériémie
 Infection du site opératoire
 Infection urinaire
 Autres
- 2- Antibiothérapie probabiliste
- 3- Réévaluation de l'antibiothérapie 4-
Aide diagnostique

Antécédent :

Histoire de la maladie et historique de l'antibiothérapie :
(Joindre antibiogramme par fax si hors CHU)

Traitement en cours :

(Joindre ordonnance par fax si hors CHU)