



Centre National de Pharmacovigilance et de Matérovigilance

Fiche de Renseignement pour le Suivi Thérapeutique Pharmacologique de la Digoxine

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

Patient externe

Patient hospitalisé

Nom du patient: Prénom :

Age: Poids : Taille :

Diagnostic ou motif du traitement :

Date de début de la maladie :

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

Antécédents médicaux du patient :

Date de début du traitement par la digoxine :

Posologie (rythme) : Voie d'administration :

Dernière administration le: / / à h

Prélèvement le : / / à h

- Motif du dosage plasmatique:
- Adaptation posologique
 - Non réponse au traitement
 - Effets indésirables De quel type :
 - Autre:

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

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

Bilan hématologique : Normal Perturbé Préciser :.....
 Bilan rénal: Normal Perturbé Préciser :.....
 Bilan hépatique : Normal Perturbé Préciser :.....
 Bilan thyroïdien: Normal Perturbé Préciser :.....
 Ionogramme: Normal Perturbé Préciser :.....
 Calcémie :..... Magnésémie :
 Autres bilans :

N.B: Veuillez suivre les instructions suivantes lors du prélèvement du patient :

1. Le sang doit être prélevé sur **tube hépariné sans gel séparateur**.
2. Le prélèvement doit être effectué **avant la prochaine prise** (concentration résiduelle) à l'équilibre des concentrations, soit **après au moins 8 jours de traitement**.
3. Le prélèvement doit être conservé de préférence entre **2 et 8°C** avant l'acheminement proprement dit (**envoi réfrigéré**).
4. Pour un dosage différé, centrifuger et séparer sérum ou plasma. Les échantillons peuvent être conservés au réfrigérateur à une température de **2 à 8°C** pendant **maximum 7 jours**.

Date :

Cachet et signature du médecin traitant