



**NOM :**

**PRENOM :**

Date de naissance :

Date de prélèvement :

Heure du prélèvement:

**Site de prélèvement**

Ponction veineuse :

Ponction artérielle :

Sur dispositif intra-vasculaire :

PAC :

Autre :

**Renseignements cliniques :**

Fièvre :

Choc septique :

Autres :

**Traitement Antibiotique en cours :**

Date début de traitement :

Nom de l'antibiotique :

**Contrôle après traitement :**

Date fin de traitement :

Nom de l'antibiotique :