Étiquette patient

Liaison médicale

À compléter à chaque évènement significatif

DOULEUR	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Type de prémédic° avant geste invasif : ATARAX HYPNOVEL IR NUBAIN MEOPA Autre (laquelle) :	.....	.....	.....	.....

TRANSFUSIONS Date :				
Seuil transfusionnel en Hb :	.....	.....	.....	.....
Seuil transfusionnel en Plaq. :	.....	.....	.....	.....
PSL irradiés				
Précaution nécessaire < transfusion CPA Polaramine : Corticoïdes : CPA T. sol ou déplasmatisé :	.....	.....	.....	.....

ALLERGIES : laquelle ?	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Chimiothérapie Laquelle :	.....	.....	.....	.....
Antibiotique Lequel :	.....	.....	.....	.....
Médicament Lequel :	.....	.....	.....	.....
Pansement Lequel :	.....	.....	.....	.....
Emla				
Plaquettes				

INFECTIEUX	NON OUI	NON OUI	NON OUI	NON OUI
Date				
Germe à prendre en compte en cas d'ATB Quel germe : Site : Date dernier prélèvement (+) :	.....	.....	.....	.....
Antibiothérapie empirique particulière Laquelle ? :	.....	.....	.....	.....