

SUIVI TRAITEMENT ITL

SC Familial ou Professionnel / Hors VE

Nom :
Prénom :
Date de naissance :

Diagnostic ITL :

Tél :

Médecin prescripteur :
Délivrance ttt :
Courrier au médecin traitant :
DO :

Médicament :
Posologie :

CI	TB	ED : Cultures :	IDE :	Date de ttt : Antibiogramme :
-----------	-----------	--------------------	-------	----------------------------------

SUIVI IDE

	DATES	REMARQUES
Feu vert		
Début de traitement		
Fin prévue		
BS1 : Avant traitement		Nom du labo :
BS2 : à 15Jours		
BS3 : à 1 mois		
BS4 : à 2 mois		
BS5 : à 3 mois		

CONSULTATIONS MEDICALES

Date	Observations