**Document de suivi de l'antibiothérapie intraveineuse à domicile (OPAT)**

|  |
| --- |
| **Données du patient** |
| Nom Prénom  | Date de naissance |

|  |
| --- |
| **Dossiers d'administration d'antibiotiques** |
| DateHeure |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AntibiotiqueDose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| Dossiers d'administration d'antibiotiques |
| DateHeure |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AntibiotiqueDose |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| **Suivi des paramètres, des soins du cathéter et des complications** |
| **Date** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Température** (2x/jour) |  |  |  |  |  |  |  |
| **Vérification du pansement et du point d'insertion du cathéter** (1x/jour) |  |  |  |  |  |  |  |
| **Rinçage du cathéter avec de l'eau physiologique** (PICK, cathéter de port veineux) |  |  |  |  |  |  |  |
| **Effets secondaires AB** (1x/jour, voir fiche spécifique à la molécule)  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Douleur (localisation et score)** |  |  |  |  |  |  |  |
| **Soins de pansement au niveau du cathéter** (1x /semaine et si le pansement est lâche, sale, sanglant) |  |  |  |  |  |  |  |