

**Docteur .....**

Psychiatre

10003060356

Titre

Adresse

Téléphone

M

Sexe :

Âge :

Poids :

Le :

---

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTION EXONÉRANTE)

---

**Faire 4 lithiémies dans les mois qui viennent** (*Prise de sang à faire 12h00 après la prise du comprimé du soir (et avant la prise du comprimé du matin, dans le cas de Téralithe 250)*)

(À réaliser à ma demande ou, à votre initiative, en cas de fièvre importante de plus de 3 jours, diarrhées abondantes, transpiration profuse, cure d'amaigrissement, crainte d'interaction médicamenteuse (par exemple avec les anti-inflammatoires), ou huit jours après l'introduction d'un nouveau médicament, ou en cas de signes de surdosage ou de sous-dosage.

+ **Réaliser un ionogramme** en cas de vomissements importants ou de diarrhée majeure)

*Membre d'une association de gestion, les règlements par chèque est accepté*