

Installation : \_\_\_\_\_

Dossier : \_\_\_\_\_

Nom, Prénom : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_\_ ☐ F ☐ M  
AAAA-MM-JJ

NAM : \_\_\_\_\_ Exp. \_\_\_\_\_  
AAAA-MM

Nom de la mère : \_\_\_\_\_

## LEVOFLOXACINE INTRAVEINEUSE

Poids : \_\_\_\_\_ kg Taille : \_\_\_\_\_ cm

Allergies : \_\_\_\_\_

**La lévofloxacine injectable est en usage restreint aux microbiologistes-infectiologues. Pour tous les autres prescripteurs, veuillez utiliser cette OIPI afin d'en justifier l'utilisation.**

### Indication

Infection à *Stenotrophomonas maltophilia* pour laquelle le triméthoprim-sulfaméthoxazole ne peut pas être reçu en monothérapie (résistance documentée, état d'immunosuppression ou autre)

Spécifier la raison : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

### Posologie

\_\_\_\_\_ Lévofoxacine 750 mg IV q 24 h  
Initiales

### Si insuffisance rénale :

\_\_\_\_\_ ClCr 20 à 49 mL/min : lévofloxacine 750 mg IV q 48 h  
Initiales

\_\_\_\_\_ ClCr inférieure à 20 mL/min : lévofloxacine 750 mg IV x 1, puis 500 mg IV q 48 h  
Initiales

N.B. La biodisponibilité de la lévofloxacine orale est supérieure à 95%.  
Cette restriction ne touche pas la lévofloxacine par voie orale.

|                                                   |                           |                                             |
|---------------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------|
| _____                                             | _____                     | _____                                       |
| Date et heure (aaaa/mm/jj)                        | Signature du prescripteur | # permis                                    |
| <input type="checkbox"/> Envoyé par _____ (init.) | Heure d'envoi : _____     | Ordonnance relevée par : _____ (init. inf.) |