ORDONNANCE TYPE DES ANTIBIOTIQUES COUTEUX OU DE 2EME INTENTION

Nom du patient : Prénom : Age : Poids :	Service :
IR :	Date :

Site infectieux : **Respiratoire** **Méningé**
Urinaire **Bactériémie**
Digestif **Autres : ……..**

Traitement : **Empirique ➔ limité à 4 jours**
Documenté ➔ limité à 7 jours
(joindre l'antibiogramme pour la 1 er délivrance)
Renouvellement
Infection nosocomiale

Antibiotique	Coût HT D'un flacon	Posologie/ 24 H	Durée de Traitement
Amiklin® Amikacine IV	250 mg 500 mg		
Axépim® Céfépime IV	1 g		
Azactam® Aztréonam IV	1 g		
Ciflox® Ciprofloxacine IV	200 mg		
Claventin® Ticarcilline + Ac clavu IV	3 g		
Fortum® Ceftazidime IV	500 mg 1 g		
Fosfocine® Fosfomycine IV	4 g		
Gentalline® Gentamycine IV	80 mg		
Oflocet® Ofloxacine IV	200 mg		
Ticarpen® Ticarcilline IV	5 g		
Tiénam® Imipénème IV	500 mg		
Triflucan® Fluconazole PO	50 mg		
Triflucan® Fluconazole IV	100 mg 200 mg		
Vancocine® Vancomycine IV	500 mg		
Zovirax® Aciclovir IV	250 mg 500 mg		

Nom et signature du prescripteur :

Les quantités non utilisées seront rendues au service Pharmacie