Bon de prise en charge antibiotique délivré sans ordonnance (cystite)

Nom du pharmacien et identification de l'officine (Tampon de l'officine avec nom, adresse, numéro AM)

Date :

Nom et prénom de la patiente :

Âge de la patiente :

- ❑ Fosfomycine trométamol 3g per os en une prise unique

  Ou

- ❑ Pivmécillinam 400mg per os 2 fois par jour pendant 3 jours

Signature du pharmacien :