|  |
| --- |
| Identification du Médecin délégant (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)  Nom, Prénom, âge, poids de la patiente  Date :  ☐ FOSFOMYCINE TROMETAMOL 3 g en une prise unique  Nom et signature du médecin et du délégué |

|  |
| --- |
| Identification du Médecin délégant (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)  Nom, Prénom, âge, poids de la patiente  Date :  ☐ PIVMECILLINAM PO : 400 mg 2 fois par jour pendant 3 jours  Nom et signature du médecin et du délégué |

|  |
| --- |
| Identification du Médecin délégant (RPPS) et du délégué (RPPS ou ADELI)  Nom, Prénom, âge, poids de la patiente  Date :  ☐ Pratiquer ECBU avec culture et antibiogramme si germes >103 UFC/ml et consulter le médecin avec les résultats  Nom et signature du médecin et du délégué |