|  |
| --- |
| 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 uniqueNom 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 joursNom 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 résultatsNom et signature du médecin et du délégué |