Bon de prise en charge des antibiotiques délivrés sans ordonnance (cystite)

Nom du pharmacien et identification de la structure dans laquelle il exerce
(Tampon de l'officine avec nom, adresse, numéro AM)

Date :

Nom et prénom du bénéficiaire :

Âge du bénéficiaire :

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

  Ou

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

Signature du pharmacien :