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)

PHARMACIE DU SOLEIL
15 av de la liberté
30220 Aigues Mortes
30 200 439 5

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 :