**Formulaire de demande d’une spécialité à base de rifampicine**

**à transmettre au laboratoire concerné**

**(Mai 2024)**

|  |  |
| --- | --- |
| Nom et cachet du prescripteur pour les initiations de traitement |  |
| Données patient | 3 premières lettres du nom (\*) :2 premières lettres du prénom (\*) : | Âge (\*)  : Poids (\*) : kg Posologie journalière (\*) : [ ]  Patients de plus de 30 kg présentant des difficultés de déglutition / / Date d’initiation du traitement (\*) :  |
| [ ]  **Initiation d’un traitement à base de rifampicine seule ou en association fixe** Durée du traitement prévue (\*) : .  | [ ]  Traitement d’une tuberculose maladie[ ]  Infections aiguës ostéo-articulaires sur matériel avec stratégie chirurgicale conservatrice, documentées à staphylocoque (doré ou à coagulase négative) sensible à la rifampicine [ ]  Traitement des endocardites infectieuses sur matériel (valves prothétiques, sondes de pacemaker ou de dispositif électronique cardiaque implantable), infections de prothèse vasculaire avec rétention de l’implant, documentées à staphylocoque (doré ou à coagulase négative) sensible à la rifampicine[ ]  Exceptionnellement, au cas par cas, dans des situations pour lesquelles il n’existe pas d’alternatives et après avis spécialisé en infectiologie :Préciser l’indication :  |
| [ ]  **Renouvellement de traitement**Durée de traitement restant (\*) :    | Traitements en cours à base de rifampicine seule ou en association fixe quelle que soit l’indication  |
| **Demande de produit Sanofi** *A renvoyer à* ***question@sanofi.com*** | [ ]  RIFADINE® 2% suspension buvable – CIP : 34009 311 867 6 2[ ]  RIFADINE® 300 mg, gélule – CIP : 34009 309 150 0 4 (*boîte de 30 gélules*)[ ]  RIFADINE® 300 mg, gélule – CIP : 34009 309 151 7 2 (*boîte de 8 gélules*)[ ]  RIFINAH® 300 mg/150 mg, comprimé enrobé – CIP : 34009 329 540 9 4[ ]  RIFATER®, comprimé enrobé - CIP: 34009 329 935 3 6Nombre de boîtes demandées (il ne sera délivré qu’un mois de traitement) : |
| **Demande de produit Sandoz***A renvoyer à* ***serviceclient.administratif@sandoz.com****Produit non distribué dans les DROM/COM* | ☐ RIMACTAN® 300 mg, gélule - CIP :34009 309 162 92Nombre de boîtes demandées (il ne sera délivré qu’un mois de traitement) :  |
| **Date et signature de la personne en charge de la délivrance, avec cachet de la pharmacie** (\*) |  |
| **Numéro de compte client de la pharmacie** |  |

Nous vous rappelons que sans le renseignement des informations mentionnées avec une (\*) une demande de précision vous sera demandée ce qui peut engendrer un délai de traitement additionnel de votre demande.

A réception des documents, après validation de la demande, vous serez contacté par le laboratoire concerné qui vous informera de la suite donnée à votre demande.