**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***](mailto: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 6  Nombre de boîtes demandées (il ne sera délivré qu’un mois de traitement) : |
| **Demande de produit Sandoz**  *A renvoyer à* [***serviceclient.administratif@sandoz.com***](mailto:serviceclient.administratif@sandoz.com)  *Produit non distribué dans les DROM/COM* | | ☐ RIMACTAN® 300 mg, gélule - CIP :34009 309 162 92  Nombre 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.