

ORDONNANCE TYPE DES ANTIBIOTIQUES COUTEUX OU DE 2EME INTENTION

Nom du patient : Prénom : Age : Poids :	Service :
IR :	Date :

Site infectieux : **Respiratoire** **Méningé**
 Urinaire **Bactériémie**
 Digestif **Autres :**

Traitement : **Empirique → limité à 4 jours**
 Documenté → limité à 7 jours
 (joindre l'antibiogramme pour la 1^{er} délivrance)
 Renouvellement
 Infection nosocomiale

Antibiotique	Coût HT D'un flacon	Posologie/ 24 H	Durée de Traitement
Amiklin ® Amikacine IV	250 mg 500 mg		
Axépin ® Céfépime IV	1 g		
Azactam ® Aztréonam IV	1 g		
Ciflox ® Ciprofloxacine IV	200 mg		
Claventin ® Ticarcilline + Ac clavu IV	3 g		
Fortum ® Ceftazidime IV	500 mg 1 g		
Fosfocine ® Fosfomycine IV	4 g		
Gentalline ® Gentamycine IV	80 mg		
Oflocet ® Ofloxacine IV	200 mg		
Ticarpen ® Ticarcilline IV	5 g		
Tiénam ® Imipénème IV	500 mg		
Triflucan ® Fluconazole PO	50 mg		
Triflucan ® Fluconazole IV	100 mg 200 mg		
Vancocine ® Vancomycine IV	500 mg		
Zovirax ® Aciclovir IV	250 mg 500 mg		

Nom et signature du prescripteur :