

**Formulaire de demande d'une spécialité à base de rifampicine
à transmettre au laboratoire concerné
(Avril 2024)**

Nom et cachet du prescripteur pour les initiations de traitement		
Données patient	3 premières lettres du nom : <input type="text"/>	Âge : <input type="text"/>
	2 premières lettres du prénom : <input type="text"/>	Poids : <input type="text"/> kg Posologie journalière : <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Patients de plus de 30 kg présentant des difficultés de déglutition Date d'initiation du traitement : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Initiation d'un traitement à base de rifampicine seule ou en association fixe Durée du traitement prévue : <input type="text"/>		<input type="checkbox"/> Traitement d'une tuberculose maladie <input type="checkbox"/> Infections aiguës ostéo-articulaires sur matériel avec stratégie chirurgicale conservatrice, documentées à staphylocoque (doré ou à coagulase négative) sensible à la rifampicine <input type="checkbox"/> 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 <input type="checkbox"/> 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 : <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> Renouvellement de traitement Durée de traitement restant : <input type="text"/>		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		<input type="checkbox"/> RIFADINE® 2% suspension buvable – CIP : 34009 311 867 6 2 <input type="checkbox"/> RIFADINE® 300 mg, gélule – CIP : 34009 309 150 0 4 (<i>boîte de 30 gélules</i>) <input type="checkbox"/> RIFADINE® 300 mg, gélule – CIP : 34009 309 151 7 2 (<i>boîte de 8 gélules</i>) <input type="checkbox"/> RIFINAH® 300 mg/150 mg, comprimé enrobé – CIP : 34009 329 540 9 4 <input type="checkbox"/> RIFATER®, comprimé enrobé - CIP: 34009 329 935 3 6 Nombre de boîtes demandées (il ne sera délivré qu'un mois de traitement) <input type="text"/>
Demande de produit Sandoz A renvoyer à serviceclient.administratif@sandoz.com <i>Produit non distribué dans les DROM/COM</i>		<input type="checkbox"/> RIMACTAN® 300 mg, gélule - CIP : 34009 309 162 92 Nombre de boîtes demandées (il ne sera délivré qu'un mois de traitement) : <input type="text"/>
Date et signature de la personne en charge de la délivrance, avec cachet de la pharmacie		

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.