

Formulaire de demande de traitement pour la spécialité

**AZACTAM 1g, poudre pour solution injectable/pour perfusion
(aztréonam) – Boîte de 1 flacon**

FORMULAIRE A REMPLIR EN RESPECTANT L'ENSEMBLE DES CHAMPS

Pas de dispensation pour des traitements dont le motif serait exclusivement une allergie du patient aux bêta-lactamines. Recourir à d'autres prises en charge thérapeutiques.

Se référer aux recommandations européennes (ESCMID) sur les allergies aux antibiotiques pour lesquelles la Société de Pathologie Infectieuse de Langue Française (SPILF) a réalisé une synthèse - Voir : <https://www.infectiologie.com/UserFiles/File/spilf/recos/allergie-atb-escmid-spilf-2026-groupe-reco.pptx> [https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X\(26\)00069-8/fulltext](https://www.clinicalmicrobiologyandinfection.org/article/S1198-743X(26)00069-8/fulltext)

1. Informations prescripteur	
Nom et coordonnées/téléphone du prescripteur	
2. Informations patient	
3 premières lettres du nom	_____
2 premières lettres du prénom	_____
Age	_____ ans
3. Détails du traitement	
Posologie journalière	_____
Nombre de flacons / jour	_____
Indications	Infection documentée à bacille à Gram négatif producteur de métallo-bêta-lactamase (MBL)* en l'absence d'alternative satisfaisante ☐ oui Défaillance hémodynamique supposée septique chez un patient connu colonisé ou infecté à bacille à Gram négatif producteur de métallo-bêta-lactamase (MBL)* dans les 3 mois, en l'absence d'alternative satisfaisante ☐ oui
<i>*Le rendu des résultats bactériologiques peut mentionner l'une ou l'autre des appellations suivantes : MBL (NDM, VIM, IMP)</i> <i>(Exemple: Demande acceptable si l'antibiogramme note « NDM » et non « MBL »)</i>	
Validation obligatoire du traitement issue d'une discussion collégiale devant inclure systématiquement l'avis d'un référent en antibiothérapie	Pour l'initiation du traitement : ☐ oui Pour la poursuite du traitement : ☐ oui
Date d'initiation du traitement	____ / ____ / ____
☐ Initiation du traitement <i>Désescalade à envisager dès que possible selon l'antibiogramme</i>	Durée du traitement prévue : _____ Il sera délivré au maximum 7 jours de traitement Nombre de boîtes demandées :
☐ Poursuite du traitement <i>Désescalade à envisager dès que possible selon l'antibiogramme</i>	Durée de traitement prévue : _____ Motif : _____ Il sera délivré au maximum 7 jours de traitement à chaque renouvellement Nombre de boîtes demandées :
Date de fin de traitement prévue ____ / ____ / ____	
Demande à envoyer à : affaires.pharmaceutiques@delbert.fr	
Date et coordonnées /téléphone de la personne en charge de la demande à la pharmacie avec cachet de la pharmacie	