

Bon de prise en charge des antibiotiques délivrés sans ordonnance (angine de l'enfant)

Nom du pharmacien et identification de la structure dans laquelle il exerce  
(Tampon de l'officine avec nom, adresse, numéro AM)

Date :

Nom et prénom du bénéficiaire :

Âge du bénéficiaire :

- ☐ amoxicilline : 50mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale sans dépasser 2g par jour pendant 6j

ou

**En cas d'allergie aux pénicillines sans contre-indication aux céphalosporines, les antibiotiques suivants peuvent être utilisés :**

- ☐ cefpodoxime proxetil 8mg/kg/j en 2 prises par jour par voie orale sans dépasser la dose adulte de 200mg par jour, pendant 5j

ou

**En cas de contre-indications aux bêta-lactamines les antibiotiques suivants peuvent être utilisés**

- ☐ clarithromycine 15mg/kg/j jour 2 prises orales par jour pendant 5j

Signature du pharmacien :