

DEMANDE DE BOTOX[®] ORL - 10 U /mL

à la Pharmacie Interhospitalière de la Côte
Ch. Crêt 2 - 1110 Morges - Tel 079 172 8554 - Fax 021 804 21 40

DONNEES PATIENT

Nom

Prénom

VOTRE DEMANDE

Pour la date du: ____ / ____ / ____

heure: _____

Médicament **BOTOX[®] toxine botulique type A 100 U** (Allergan)

ATTENTION: Les unités de toxine botulique sont exprimées en unités du fabricant et sont spécifiques à chaque spécialité. Les différents médicaments NE sont PAS interchangeables.

Indication: ORL

Concentration de BOTOX[®] désirée: 10 U / mL

- BOTOX[®] **20 U dans 2 mL** NaCl 0,9%
- BOTOX[®] **15 U dans 1,5 mL** NaCl 0,9%
- Autre: BOTOX[®] U dans **mL** NaCl 0,9%

Signature du médecin