

## DEMANDE DE BOTOX<sup>®</sup> POUR USAGE VESICAL

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

### DONNEES PATIENTE

Nom

Prénom

### VOTRE DEMANDE

Pour la date du: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

heure: \_\_\_\_\_

Médicament **BOTOX<sup>®</sup> 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.**

Dilution de BOTOX<sup>®</sup> désirée:

- BOTOX<sup>®</sup> **100 U dans 30 mL** NaCl 0.9% réparti  
en 2 seringues de 15 mL
- Autre: BOTOX<sup>®</sup> ..... U dans ..... **mL** NaCl 0.9%

réparti en ..... seringues de ..... mL

**Signature du médecin**