

METHOTREXATE pour GROSSESSE EXTRA-UTERINE

A retourner à :

Pharmacie Interhospitalière de la Côte
Tél: 079 / 172 85 51 Fax: 021 / 804 21 40

DONNEES PATIENTE			
Nom: _____	Prénom: _____		
Date de naissance: ____ / ____ / ____	Service: _____		
Poids: _____ kg	Taille: _____ cm	Surface: _____ m ²	

VOTRE DEMANDE			
Pour la date du: ____ / ____ / ____ à ____ h ____			
METHOTREXATE i.m. seringues prêtes à l'emploi			
Type de posologie: <input type="checkbox"/> 1 mg/kg ou <input type="checkbox"/> 50 mg/m²			
<u>Dose calculée</u>	<u>Dose prescrite</u>	<u>Nombres de seringues</u>	
<input type="checkbox"/> 35 à 45 mg	40 mg	1 seringue	40 mg
<input type="checkbox"/> 46 à 55 mg	50 mg	1 seringue	50 mg
<input type="checkbox"/> 56 à 65 mg	60 mg	1 seringue	60 mg
<input type="checkbox"/> 66 à 75 mg	70 mg	1 seringue	20 mg
		et 1 seringue	50 mg
<input type="checkbox"/> 76 à 85 mg	80 mg	2 seringues	40 mg
<input type="checkbox"/> 86 à 95 mg	90 mg	1 seringue	40 mg
		et 1 seringue	50 mg
<input type="checkbox"/> 95 à 110 mg	100 mg	2 seringues	50 mg
Remarque: le dosage doit correspondre à un nombre de seringues entier!			

Signature du médecin

Merci de coller une (des) étiquette(s) ci-dessous: