

RECOMMANDATIONS IMPORTANTES A LIRE POUR ACTIVER LES REMBOURSEMENTS ET EVITER LES REJETS

Conditions générales :

- Le cadre réservé à l'adhérent doit être dûment renseigné.
- Le cadre réservé au médecin doit être renseigné par le praticien lui-même notamment la nature de la maladie.
- La validité de la feuille de soins est limitée à 3 mois à compter de la première consultation.
- L'entente préalable est exigée pour toute hospitalisation médicale, chirurgicale, soins dentaires spéciaux, extractions multiples, parodontie orthodontie, prothèses dentaires, prothèses auditives ou orthopédiques ainsi que pour tous les actes effectués en série.
- En cas d'accident, une déclaration précisant les causes et circonstances de l'accident est à joindre à la feuille de soins.

Pharmacie :

- Les vignettes des médicaments doivent être obligatoirement jointes aux ordonnances.
- Pour les médicaments sans vignettes une facture de la pharmacie doit être jointe.

Radiologie et Biologie :

- La facture ainsi qu'une copie des résultats des analyses ou du compte rendu (sous pli confidentiel) doivent être jointes à l'ordonnance médicale pour toute demande de remboursement.
- Un pli confidentiel du médecin prescripteur des analyses ou radios peut être demandé par le médecin conseil de la mutuelle.

Optique :

- L'ordonnance du médecin prescripteur et la facture de l'opticien sont à joindre à la feuille de soins.

Rééducation :

- L'entente préalable renseignée par le médecin prescripteur est exigée avant le début des séances de rééducations.
- Pour le remboursement, la facture et le calendrier des séances effectuées sont à joindre à la feuille de soins.

Dentaire :

- En cas de prothèses ou de traitement canaux, l'accord préalable renseigné sur la feuille de soins est obligatoire avant le début de traitement.
- La facture doit être jointe à la feuille de soins pour toute demande de remboursement.
- La radio-après soins est obligatoire en cas de prothèses ou de traitement canaux.

Maladie et Affection Longue Durée ALD et ALC :

- La déclaration de maladie chronique doit être renseignée par le médecin prescripteur et renouvelée tous les 6 mois.



Déclaration de Maladie

M22- 0012795

☐ Maladie ☐ Dentaire ☐ Optique ☐ Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7535 Société : 124729
☐ Actif ☐ Pensionné(e) ☐ Autre :
Nom & Prénom :
Date de naissance :
Adresse :
Tél. : Total des frais engagés : Dhs

Cadre réservé au Médecin

Cachet du médecin :

Date de consultation : / /

Nom et prénom du malade : Age :

Lien de parenté : ☐ Lui-même ☐ Conjoint ☐ Enfant

Nature de la maladie :

Affection longue durée ou chronique : ☐ ALD ☐ ALC Pathologie :

En cas d'accident préciser les causes et circonstances :

Dans le cas où la maladie aurait un caractère confidentiel, communiquer les renseignements sous pli confidentiel à l'attention du médecin conseil de la Mutuelle.

J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à : Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : A-A-215 / 2019

Adresses Mails utiles

- Réclamation : contact@mupras.com
- Prise en charge : pec@mupras.com
- Adhésion et changement de statut : adhesion@mupras.com

La MUPRAS garantit le respect de la loi n° 09-08 relative à la protection des données à caractère personnel.

MUPRAS : Centre Allal Ben Abdellah - 6ème Etage Angle Rue Mohamed Fak.
Casablanca 20000 - Tél. : 05 22 20 45 45 (LG) - Fax : 05 22 20 45 45

VISA ET CACHET D

Conditions Générales

POUR LE PRATICIEN

L'acte médical est désigné par l'une des mentions suivantes :

- C = Consultation au Cabinet du médecin omnipraticien
CS = Consultation au Cabinet par le médecin spécialiste ou qualifié (autre que le médecin neuro-psychiatre)
CNPSY = Consultation au Cabinet par le neuro-psychiatre
V = Visite de jour au domicile du malade par le médecin
VN = Visite de nuit au domicile du malade par le médecin
VD = Visite du dimanche par le médecin au domicile du malade
VD = Visite de jour au domicile du malade par un spécialiste qualifié
PC = Acte de pratique médicale couvrant et de petite chirurgie
K = Actes de chirurgie et de spécialistes

- SF = Actes pratiqués par la sage Femme et relevant de sa compétence
SFI = Soins infirmiers pratiqués par la sage femme
AMM = Actes pratiqués par le masseur ou le kinésithérapeute
AMI = Actes pratiqués par l'infirmier ou l'infirmière
AP = Actes pratiqués par un orthophoniste
AMY = Actes pratiqués par un aide-orthophoniste
R-Z = Electro - Radiologie
B = Analyses

POUR L'ADHERENT

- La mutuelle ne participe aux frais résultant de certains actes que si après avis du contrôle médical, elle a préalablement accepté de les prendre en charge.
- Pour les actes soumis à cette formalité, le malade est tenu, avant l'exécution de ces actes d'adresser au service de la Mutuelle une demande d'entente préalable remplie et signée par son médecin traitant.
- Ce bulletin doit mentionner les raisons pour lesquelles l'application de tel acte ou tel traitement est proposé pour permettre au médecin contrôleur de donner son accord ou de présenter ses observations
- Le bulletin d'entente préalable peut être demandé auprès du service Mutuelle, il sera remis sous pli confidentiel au médecin contrôleur dûment rempli par le médecin traitant.

LES ACTES SOUMIS A ACCORD PREALABLE

- L'HOSPITALISATION EN CLINIQUE
- L'HOSPITALISATION EN HOPITAL
- L'HOSPITALISATION EN SANATORIUM OU
- PREVENTORIUM
- SEJOUR EN MAISON DE REPOS
- LES ACTES EFFECTUES EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelonnées
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPEDIE
- LA REEDUCATION

- LES ACCOUCHEMENTS
- LES CURES THERMALES
- LA CIRCONCISION
- LE TRANSPORT EN AMBULANCE

EN CAS D'URGENCE

Les actes d'urgence échappant à la procédure d'entente préalable, l'intéressé doit prévenir dans les 24 heures le Service Mutuelle qui donnera ou non son accord

Cette feuille complétée par le praticien, à l'occasion de chaque visite ou l'exécution de chaque ordonnance médicale ne doit être utilisée que pour un seul malade



MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales
de Royal Air Maroc

DATE DE DEPOT

AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
TELEX : 3998 MUT
E-mail: mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 404528

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOUSTAOU LATIFA
Matricule : 7537 Fonction : Poste :
Adresse : BY EL MANSOUR, 6, Rue des camélias CASA-MAR
Tél : 06 63 19 45 86 Signature Adhérent :

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOUSTAOU LATIFA Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent ☐ Conjoint ☐ Enfant ☐
Date de la première visite du médecin :
Nature de la maladie : affection gynécologique
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :
A : CASA, le 11/8/22 Signature et cachet du médecin :
Durée d'utilisation 3 mois

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0404528
Matricule N° : 7537
Nom du patient : MOUSTAOU LATIFA
Date de dépôt : 3.8.22
Montant engagé : 1064,80
Nombre de pièces jointes : 9 p.



RELEVÉ DES FRAIS ET HONORAIRES

Dates des actes	Natures des actes	Nombre et coefficient	Montant détaillé des honoraires	Cachet et signature du médecin attestant le paiement des actes
4/12/22	C		3001,00	Saile

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
	4/12/22	64 480

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

Cachet et signature du Laboratoire et du Radiologue	Date	Désignation des coefficients	Montant des honoraires

AUXILIAIRES MEDICAUX

Cachet et signature du praticien	Dates des soins	Nombre				Montant détaillé des honoraires
		AM	PC	IM	IV	
	4/12/22	52 x 10 MA = 12000				

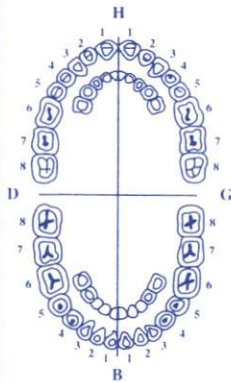
VOLET ADHERENT

* Il est entendu que le règlement est conditionné par la fourniture de tous les justificatifs exigés par la Mutuelle.

SOINS ET PROTHESES DENTAIRES

Le praticien est prié de préciser la dent traitée, l'acte pratiqué et indiquer la nature des soins.

Important : Veuillez joindre les Radiographies en cas de prothèses ou de traitement canaux, ainsi que le bilan de l'ODF.

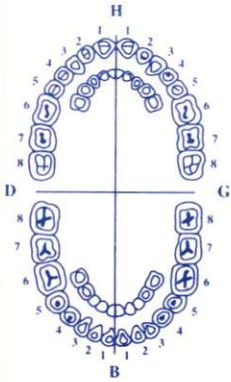
SOINS DENTAIRES	Dents traitées	Nature des Soins	Coefficient
			

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN D'EXECUTION

ODF PROTHESES DENTAIRES	DETERMINATION DU COEFFICIENT MASTICATOIRE	
	H	
	25533412	21433552
	D 00000000	00000000 G
	00000000	00000000
	35533411	11433553
	B	
	(Création, remont, adjonction)	
	Fonctionnel, Thérapeutique, nécessaire à la profession	

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DATE DU DEVIS

DATE DE L'EXECUTION

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

Docteur Abdelouahab SAILE

Gynécologue-Obstétricien

Diplômé d'Etudes Spéciales de
l'Université de Bordeaux.
Ancien Attaché des Hôpitaux de Paris.

Stérilité du Couple - Accouchements
Maladies du sein - Colposcopie
Echographie - Coeliochirurgie
Chirurgie Gynécologique

Sur rendez-vous

Casablanca, le



الدكتور عبد الوهاب الصايل

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

حائز على الشهادة العليا من كلية الطب ببوردو
طبيب ملحق سابقا بمستشفيات باريس

أمراض الثدي - الجراحة بالنظر الباطني
الفحص بالصدى و المجهر - العقم
الجراحة النسوية

بالموعد

الدار البيضاء في : 4/7/22

Dr. Abdelouahab SAILE
Gynécologue Accoucheur

20, Rue Oumaima Sayah - Casablanca
Tél : 0522 36 38 21 - Fax : 0522 36 38 25

COOPER PHARMA
LOT : 201548
PER : 10 - 2023
PPV : 74,80 DH

70,30

82,10

Dr. Abdelouahab SAILE
Gynécologue Accoucheur

20, Rue Oumaima Sayah - Casablanca
Tél : 0522 36 38 21 - Fax : 0522 36 38 25

Email : abdelouahab_saile@yahoo.fr البريد الإلكتروني

إقامة ستار يونس 20, Rue Oumaima Sayah (ex. Mme Rolland) 1er étage appt. 1 شقة 1 الطابق 1
Quartier Racine - Casa 20000 - Fax : 05 22 36 38 25 - الفاكس - Tél : 05 22 36 38 21 - الهاتف
في حالات الإستعجال إتصلوا بالرقم
En Cas d'urgence appeler le N° : 06 64 00 58 88

DERMASEPT®

Crème dermique



DERMASEPT®

Crème antiseptique

LOT: 7493
EXP: 05/24
PPC: 79.00DH

FORME ET PRESENTATION : Crème dermique :

glycerin, cetearyl alcohol, sorbitol, ceteareth-25, parkii butter, persea gratissima oil, vitis vinifera oil, allantoin, centella asiatica extract, propylene glycol, dimethicone, chlorhexidine digluconate, benzalkonium chloride, parfum, benzyl alcohol, dehydroacetic acid.

PROPRIETES ET UTILISATIONS : DERMASEPT® Crème est recommandé pour aseptiser les lésions dermatologiques superficielles infectées ou exposées à un risque d'infection et favoriser leur cicatrisation. DERMASEPT® Crème peut être utilisé dans plusieurs champs d'application: en dermatologie, en chirurgie, en gynécologie et en proctologie. **MODE D'EMPLOI :** Usage externe. 1 à 2 applications par jour. **PRECAUTIONS D'UTILISATION :** - Usage externe - Ne pas avaler. - Tenir hors de la portée des enfants. - Ne pas utiliser DERMASEPT® Crème en cas d'allergie connue à l'un de ses constituants. - Conserver à une température ambiante. - Eviter tout contact avec les yeux. En cas de contact, laver abondamment à l'eau.

Fabriqué au Maroc par les Laboratoires IRCOS 109, QI Sidi Ghanem, 40110 - Marrakech pour MEDIPRO PHARMA. Borj El Yacout, Bd Rahal El Meskini. 20120 - Casablanca.

DERMASEPT®

Di-INDO® (Indométacine calcique pentahydrate)

1- DENOMINATION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Gélules dosées à 25 mg (imprimées «DI-INDO® 25 orange en boîtes de 30 gélules.
- DI-INDO® Comprimés effervescents dosés à 50 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Comprimés dispersibles dosés à 50 mg en boîtes de 30 comprimés
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 50 mg en boîtes de 10 suppositoires
- DI-INDO® Suppositoires dosés à 100 mg en boîtes de 10 suppositoires

Veuillez lire attentivement l'intégralité de cette notice avant d'utiliser ce médicament.

Gardez cette notice, vous pourriez avoir besoin de la relire. Si vous avez toute autre question, si vous avez un doute, demandez plus d'informations à votre médecin ou à votre pharmacien.

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le donnez jamais à quelqu'un d'autre, même en cas de symptômes identiques, cela pourrait lui être nocif.

Si l'un des effets indésirables devient grave ou si vous remarquez un effet indésirable non mentionné dans cette notice, parlez-en à votre médecin ou à votre pharmacien.

2- COMPOSITION DU MEDICAMENT

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Croscopolone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antioxydant PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg
Indométacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lécithine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydraté. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibreur n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, siméthicone émulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, croscopolone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydraté, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg
Indométacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg
Indométacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérides hémi-synthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

LISTES DES EXCIPIENTS A EFFET NOTOIRE

* Comprimé dispersible : Lactose.

* Gélule : Lactose.

* Comprimé effervescent : Sodium : environ 596 mg de sodium par comprimé effervescent à 25 mg et environ 592 mg de sodium par comprimé effervescent à 50 mg.

3- CLASSE PHARMACOTHERAPEUTIQUE OU TYPE D'ACTIVITE

Anti-inflammatoire non stéroïdien, inhibiteur préférentiel de la cyclo-oxygénase-2 (COX-2).

4- INDICATIONS THERAPEUTIQUES

Ce médicament contient un anti-inflammatoire non stéroïdien. Il est indiqué, chez l'adulte (plus de 15 ans) :

- en traitement de longue durée de :
- certains rhumatismes inflammatoires chroniques,
- certaines arthroses sévères;
- en traitement de courte durée de :
- certaines inflammations du pourtour des articulations (tendinites,

- bursites, épaule douloureuse aiguë,
- certaines inflammations des articulations par dépôts de cristaux telles que la goutte,
- douleurs aiguës d'arthrose,
- douleurs liées à l'irritation aiguë d'un nerf telles que la sciatique.

5 - POSOLOGIE, MODE D'ADMINISTRATION ET DUREE DU TRAITEMENT

Di-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 02/2025
LOT 1N0181

STRICTEMENT A

6 - CONTRE-INDICATIONS

Ne prenez jamais DI-INDO®, dans les cas suivants :

- au-delà de 5 mois de grossesse révolue (24 semaines d'aménorrhée),
- antécédents d'allergie ou d'asthme déclenchés par la prise de ce médicament ou d'un médicament apparenté, notamment autres anti-inflammatoires non stéroïdiens, acide acétylsalicylique (aspirine),
- antécédent d'allergie à l'un des excipients,
- antécédents de saignements gastro-intestinaux ou d'ulcères liés à des traitements antérieurs par AINS,
- ulcère de l'estomac ou du duodénum ancien en évolution ou récidivant,
- hémorragie gastro-intestinale, hémorragie cérébrale ou autre hémorragie en cours,
- maladie grave du foie,
- maladie grave du rein,
- maladie grave du cœur,
- enfant de moins de 15 ans.

EN CAS DE DOUTE, IL EST INDISPENSABLE DE DEMANDER L'AVIS DE VOTRE MEDECIN OU DE VOTRE PHARMACIEN.

7 - EFFETS INDESIRABLES

Comme tous les médicaments, DI-INDO® est susceptible d'entraîner des effets indésirables, bien que tout le monde n'y soit pas sujet.

Les médicaments tels que DI-INDO® pourraient augmenter le risque de crise cardiaque (« infarctus du myocarde ») ou d'accident vasculaire cérébral.

- Peuvent survenir :
- des réactions allergiques :
- cutanées de type éruption, urticaire, démangeaisons, inflammation des vaisseaux sanguins, rougeur, exceptionnellement éruption cutanée lors d'une exposition au soleil;
- respiratoires de type crise d'asthme, œdème pulmonaire;
- générales, brusque gonflement du visage et du cou (œdème de Quincke),
- rarement, un décollement de la peau pouvant rapidement s'étendre de façon très grave à tout le corps,
- rarement, jaunisse.
- Dans certains cas rares, il est possible que survienne une hémorragie digestive.

Celle-ci est d'autant plus fréquente que la posologie utilisée est élevée. Dans tous ces cas, arrêter le traitement et avertir un médecin.

- Peuvent survenir également :
- des troubles digestifs : maux d'estomac, nausées, vomissements, diarrhée, constipation,
- des maux de tête, vertiges, fatigue intense, confusion mentale, syncope, somnolence, insomnie, anxiété, convulsions,
- des troubles psychiques : délires, hallucinations,
- des troubles neurologiques : atteinte des nerfs des membres, mouvements involontaires, faiblesse musculaire et plus rarement, fourmillements, difficultés d'élocution,
- des troubles visuels : rarement, douleurs des orbites, vision trouble,
- des troubles du fonctionnement des reins,
- des troubles de l'audition : rarement, surdité,
- des troubles cardiaques : rarement, hypo ou hypertension, palpitations, douleur thoracique, troubles du rythme, œdèmes périphériques,

GENTOSYL®

gentamicine

FORMES ET PRESENTATIONS

Solution injectable
Solution injectable
Solution injectable
Solution injectable

gentamicine base

COMPOSITION

Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable

PPV 123D450

EXP 10/2024
LOT 16042 1



Gentamicine base (sous forme de sulfate) 160 mg

EXCIPIENTS : (Commun à toutes les présentations)

Parahydroxybenzoate de méthyle
Parahydroxybenzoate de propyle
Métabisulfite de sodium
Edétate de sodium
Eau ppi qsp 2 ml

PHARMACODYNAMIE

La Gentamicine est un antibiotique de la famille des aminosides à très large spectre isolé à partir de cultures de micromonospora purpurea. Son spectre d'action s'étend :

- aux bactéries gram (+) : Staphylocoque du groupe A, Clostridium et Listeria.
- aux bactéries gram (-) : Escherichia Coli, Citrobacter, Shigella, Salmonella, Klebsiella, Proteus, Neisseria gonorrhoeae, Pseudomonas.

PHARMACOCINETIQUE

- Administrée à dose de 1 mg/kg/j, le pic sérique de la Gentamicine atteint au bout de 30 à 60 mn une valeur de 4-5 µg/ml.
- Chez l'insuffisant rénal, le pic sérique est plus élevé.
- La liaison aux protéines plasmatiques est faible, inférieure à 10 %.

Diffusion

Diffusion rapide dans la plupart des tissus et liquides biologiques : elle ne traverse pas la barrière hémoméningée, ne pénètre pas dans la prostate. Par contre, la Gentamicine franchit la barrière fœtoplacentaire.

Métabolisme/Excrétion

L'élimination rénale est rapide sous forme active par filtration glomérulaire exclusive. L'excrétion biliaire est faible.

INDICATIONS

Infections à germes sensibles :

- Les infections rénales et urogénitales ;
- Septicémies et endocardites ;
- Dans le traitement d'attaque des états fébriles chez les sujets immuno-déprimés et leucopéniques ;
- Les infections respiratoires ;
- Les infections ostéo-articulaires, ostéomyélite ;
- Prophylaxie et traitement des infections après chirurgie abdomino-pelvienne ;
- Infections cutanées ;

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

La dose est variable en fonction de l'âge de la sévérité de l'infection et de la fonction rénale.

- Chez le sujet à fonction rénale normale :
 - chez l'adulte : 3 mg/kg/j réparties en 2 ou 3 injections IM
 - chez l'enfant, le nouveau-né : 3 mg/kg/j réparties en 3 injections IM (1 mg/kg/j toutes les 8 heures)
- Chez l'insuffisant rénal :

La posologie est fonction de la clairance de la créatinine en ml/min.

La voie IM est la voie élective, la voie intraveineuse directe n'est possible qu'en perfusion discontinue.

GENTOSYL®

gentamicine

FORMES ET PRESENTATIONS

Solution injectable
Solution injectable
Solution injectable
Solution injectable

gentamicine base

COMPOSITION

Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable
Gentamicine base
Solution injectable

PPV 123D450

EXP 10/2024
LOT 16042 1



Gentamicine base (sous forme de sulfate) 160 mg

EXCIPIENTS : (Commun à toutes les présentations)

Parahydroxybenzoate de méthyle
Parahydroxybenzoate de propyle
Métabisulfite de sodium
Edétate de sodium
Eau ppi qsp 2 ml

PHARMACODYNAMIE

La Gentamicine est un antibiotique de la famille des aminosides à très large spectre isolé à partir de cultures de micromonospora purpurea. Son spectre d'action s'étend :

- aux bactéries gram (+) : Staphylocoque du groupe A, Clostridium et Listeria.
- aux bactéries gram (-) : Escherichia Coli, Citrobacter, Shigella, Salmonella, Klebsiella, Proteus, Neisseria gonorrhoeae, Pseudomonas.

PHARMACOCINETIQUE

- Administrée à dose de 1 mg/kg/j, le pic sérique de la Gentamicine atteint au bout de 30 à 60 mn une valeur de 4-5 µg/ml.
- Chez l'insuffisant rénal, le pic sérique est plus élevé.
- La liaison aux protéines plasmatiques est faible, inférieure à 10 %.

Diffusion

Diffusion rapide dans la plupart des tissus et liquides biologiques : elle ne traverse pas la barrière hémoméningée, ne pénètre pas dans la prostate. Par contre, la Gentamicine franchit la barrière fœtoplacentaire.

Métabolisme/Excrétion

L'élimination rénale est rapide sous forme active par filtration glomérulaire exclusive. L'excrétion biliaire est faible.

INDICATIONS

Infections à germes sensibles :

- Les infections rénales et urogénitales ;
- Septicémies et endocardites ;
- Dans le traitement d'attaque des états fébriles chez les sujets immuno-déprimés et leucopéniques ;
- Les infections respiratoires ;
- Les infections ostéo-articulaires, ostéomyélite ;
- Prophylaxie et traitement des infections après chirurgie abdomino-pelvienne ;
- Infections cutanées ;

MODE D'EMPLOI ET POSOLOGIE

La dose est variable en fonction de l'âge de la sévérité de l'infection et de la fonction rénale.

- Chez le sujet à fonction rénale normale :
 - chez l'adulte : 3 mg/kg/j réparties en 2 ou 3 injections IM
 - chez l'enfant, le nouveau-né : 3 mg/kg/j réparties en 3 injections IM (1 mg/kg/j toutes les 8 heures)
- Chez l'insuffisant rénal :

La posologie est fonction de la clairance de la créatinine en ml/min.

La voie IM est la voie élective, la voie intraveineuse directe n'est possible qu'en perfusion discontinue.

2-

12g EM x 10 MH =
120 DA (Cent
r et dnt) r
M

