

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 canalaire, 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 canalaire.

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.

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.

M22- 0012795

Maladie

Dentaire

Optique

Autres

Cadre réservé à l'adhérent (e)

Matricule : 7535

Société :

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.

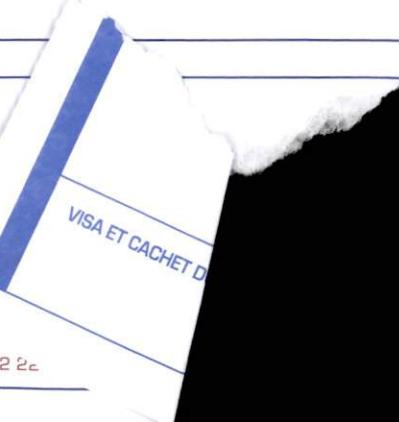
J'atteste sur l'honneur l'exactitude des renseignements portés sur la présente déclaration. Je déclare avoir pris connaissance de la clause relative à la protection des données personnelles.

Fait à :

Le : / /

Signature de l'adhérent(e) :

Autorisation CNDP N° : AA215 / 2019



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)
CNPSP = 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 courant 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 EFFECTUÉS EN SERIE, il s'agit
- d'actes répétés en plusieurs séances ou actes
- globaux comportant un ou plusieurs échelons
- dans le temps.

- LES INTERVENTIONS CHIRURGICALES
- L'ORTHOPÉDIE
- 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

DATE DE DEPOT

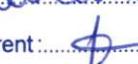


MUPRAS

Mutuelle de Prévoyance et d'Actions Sociales TELEX : 3998 MUT
de Royal Air Maroc
AEROPORT CASA ANFA
CASABLANCA
TEL : 91.26.46/2648/2649/2857/2883
FAX : 91.26.52
E-mail : mupras@RoyalAirMaroc.co.ma

FEUILLE DE SOINS N° 404528

A REMPLIR PAR L'ADHERENT

Nom & Prénom : MOUSTAOUI LATIFA
Matricule : 7531 Fonction : Poste :
Adresse : BI. EL MANSOUR. 6, Rue des amélies CASA-MAR
Tél. : 06.63.19.45.86 Signature Adhérent : 

A REMPLIR PAR LE MEDECIN TRAITANT

Nom & Prénom du patient : MOUSTAOUI LATIFA Age :
Lien de Parenté avec l'adhérent : Adhérent Conjoint Enfant

Date de la première visite du médecin :

Nature de la maladie : affection gynéco logique
S'il s'agit d'un accident : Causes et circonstances :

A WASA, le 11.7.22

Durée d'utilisation 3 mois

Signature et cachet du médecin

Gynécologie

20, Rue Jumah Sayah - Casablanca

Tél : 0522 36 38 21 - Fax : 0522 36 38 25

VOLET ADHERENT

DECLARATION N° 0404528
Matricule N° : 7531
Nom du patient : MOUSTAOUI LATIFA
Date de dépôt : 3.8.22
Montant engagé : 1064,80
Nombre de pièces jointes : 9 p.



Réf. imp. 302216025

RELEVE 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
11/12/2003	C	.	300,00	Dr. Abdeljalil Gynécologue Accoucheur 20, Rue Dumania Sayah - Casablanca Tel. 0522 36 38 21 - Fax: 0522 36 38 25 Saine

EXECUTION DES ORDONNANCES

Cachet du Pharmacien ou du Fournisseur	Date	Montant de la facture
SOCIETE ANONYME DU MARCHÉ DU MATERIEL MÉDICAL	11/2/22	64 u 80

ANALYSES - RADIOGRAPHIES

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

AUXILIAIRES MEDICAUX

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 canalaires, ainsi que le bilan de l'ODF.

Q.D.F
PROTHESES DENTAIRES

DETERMINATION DU CŒFFICIENT MASTICATOIRÉ

H	
25533412	21433552
00000000	00000000
00000000	00000000
35533411	11433553
B	

(Création, remont, adjonction)

VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT LE DEVIS

· VISA ET CACHET DU PRATICIEN ATTESTANT L'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAUX

MONTANT DES SOINS

DEBUT D'EXECUTION

FIN
D'EXECUTION

COEFFICIENT DES TRAVAILX

**MONTANT
DES SOINS**

DATE DU
DEVIS

DATE DE
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 - Cœliochirurgie
Chirurgie Gynécologique

Sur rendez-vous

Casablanca, le



الدكتور عبد الوهاب الصايل

اختصاصي في أمراض النساء والولادة

حاائز على الشهادة العليا من كلية الطب ببوردو
طبيب ملحق سابقًا بمستشفيات باريس

أمراض الثدي - الجراحة بالمنظار الباطني
الفحص بالصدى والمجهر - العقم
الجراحة التسوسية

بالموعود

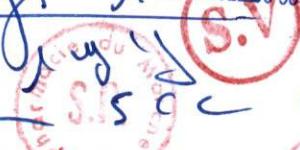
الدار البيضاء ٢٠١٧/١٢/٢٢

Dr. Abdelouahab SAILE
Gynécologue Accoucheur

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

S.V.

٢٦٧٠٠ ل.م. Entosygl



٣١٢٠ ل.م. S. V.



٣٤٨٠ S. petru



٣٠٣٠ ل.م. ٣ س. V. gyno pelvgl



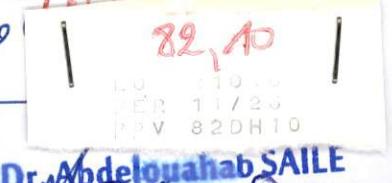
٣٩٠٠ د.ر. م. س. V. le



٦٠٤٠ د. س. - س. V. ١٢



٨٢١٠ ل.م. S. A. C. ٢٠١٧



٦٤٤٨٠ ل.م. S. V.



إقامة ستار يونس 20، زنقة أميمة صياغ الطابق 1 شقة 1A
حي ريسين الدار البيضاء. الهاتف : ٠٥٢٢ ٣٦ ٣٨ ٢١ - العنوان : ٠٥٢٢ ٣٦ ٣٨ ٢٥

في حالات الإستعجال إتصلوا بالرقم ٠٦٦٤٠٠٥٨٨

En Cas d'urgence appeler le N° : 06 64 00 58 88

DERMASEPT®

Crème dermatique



DERMASEPT®

Crème antiseptique

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

FORME ET PRESENTATION : Crème dermatique : glycerin, cetearyl alcohol, sorbitol, ceteareth-25, parkii butter, persea gratissima oil, vitis vinifera seed oil, allantoin, centella asiatica extract, propylene glycol, dimethicone, chlorhexidine digluconate, benzalkonium chlorure, 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. **PRÉCAUTIONS 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, Q1 Sidi Ghanem, 40110 - Marrakech pour MEDIPRO PHARMA. Borj El Yacout, Bd Rahal El Meskini. 20120 - Casablanca.

DERMASEPT®

Di-INDO®

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

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

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

Ce médicament vous a été personnellement prescrit. Ne le prenez 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

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Crospovidone, silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, saccharine sodique, arôme pamplemousse poudre 17019455, benzoate de sodium, antimoiselle PD 30, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Gélules à 25 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 25 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, lecithine de soja purifiée, carboxyméthyl amidon sodique, lactose monohydrate. Enveloppe de la gélule : gélatine, dioxyde de titane, jaune de quinoléine, jaune orange FCF, calibrage n° 2.

- DI-INDO® Comprimés effervescents à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Saccharine sodique, arôme pamplemousse, benzoate de sodium, acide citrique anhydre, bicarbonate de sodium, simethicone emulsion, docusate de sodium, alcool éthylique 96%, eau purifiée.

- DI-INDO® Comprimés dispersibles à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Silice colloïdale anhydre, stéarate de magnésium, crospovidone, saccharine sodique, arôme ananas poudre atomisée E9819356, lactose monohydrate, cellulose microcristalline.

- DI-INDO® Suppositoires à 50 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 50 mg
Excipients : Glycérides hémisynthétiques solides, Glycérides polyglycolysés saturés.

- DI-INDO® Suppositoires à 100 mg

Indométhacine calcique pentahydrate 100 mg
Excipients : Glycérides hémisynthétiques 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 cyclooxygénase-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 telle 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

STRICTEMENT A DI-INDO® 100 mg 10 suppositoires

PPV 60DH40

EXP 02/2025
LOT 1HQ18 1

6 - CONTRE-INDICATIONS

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

- au-delà de 5 mois de grossesse révolus (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.

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, angoisse, convulsions,
 - des troubles psychiques : délires, hallucinations,
 - des troubles neurologiques : atteinte des nerfs des membres mouvements involontaires, faiblesse musculaire et plus rarement, fumirilllements, 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 PRÉPARATIONS

Solution injectable

Solution injectable

Solution injectable

Solution injectable

COMPOSITION

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base (sous forme de sulfate)

160 mg

EXCIPIENTS : (Commun à toutes les présentations)

Parahydroxybenzoate de méthyle

Parahydroxybenzoate de propyle

Métabisulfite de sodium

Edéate de sodium

Eau ppf 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.

PHARMACOCINÉTIQUE

- 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 foetoplacentaire.

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.

FORMES ET PRÉPARATIONS

Solution injectable

Solution injectable

Solution injectable

Solution injectable

COMPOSITION

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base

Solution injectable

Gentamicine base (sous forme de sulfate)

160 mg

EXCIPIENTS : (Commun à toutes les présentations)

Parahydroxybenzoate de méthyle

Parahydroxybenzoate de propyle

Métabisulfite de sodium

Edéate de sodium

Eau ppf 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.

PHARMACOCINÉTIQUE

- 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 foetoplacentaire.

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-

May 3 Mx 10 Mh =
120 DA (Cent)
With due respect

21

