Dr Prénom NOM

Titre

N° RPPS

Adresse

Nom et prénom du patient

DDN

Poids :

**« Prescription au titre d’un accès compassionnel en dehors du cadre de l’autorisation de mise sur le marché»**

 Enfant de 10 à 20 kg : ITRACONAZOLE 10 mg/mL suspension buvable

**50 mg par jour** en 1 prise par jour pendant 6 semaines

 Enfant à partir de 20 kg : ITRACONAZOLE 10 mg/mL suspension buvable

**100 mg par jour** en 1 prise par jour pendant 6 semaines

**OU**

Enfant à partir de 20 kg (>6ans) : ITRACONAZOLE 100 mg gélules

**100 mg par jour soit 1 gélule pendant 6 semaines**

Signature du médecin