

# L'armoire à pharmacie du sujet âgé

Pr P. Hindlet – Pharmacie clinique

# A quoi cela ressemble-t-il ?



b11709 www.fotosearch.com

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

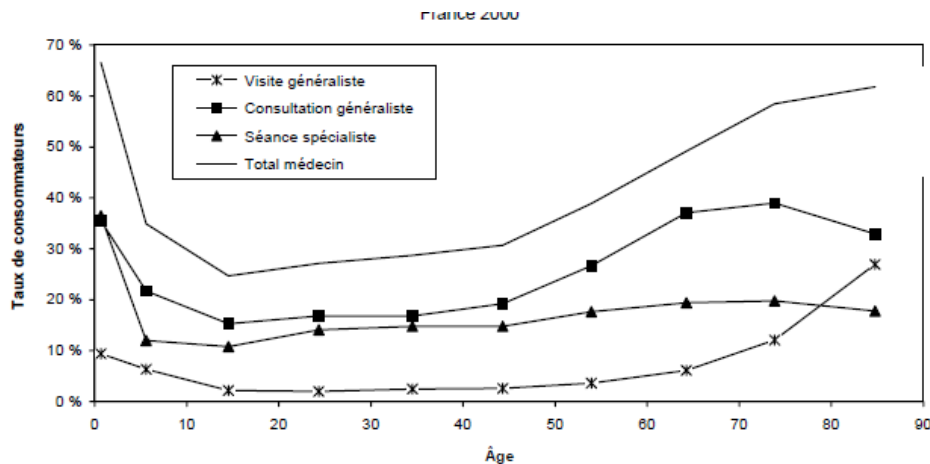
1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation



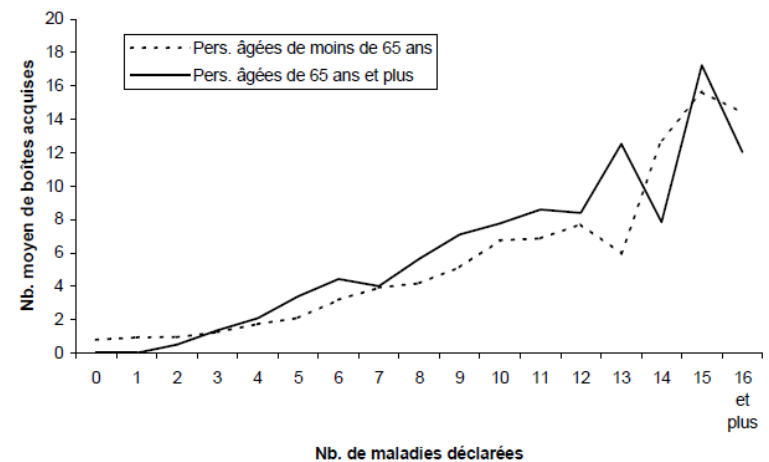
# Prise en charge du patient âgé

## Consommation de soins (1)

- Augmente avec l'âge et le nombre de maladies !



Source : CREDES-ESPS 2000



# Prise en charge du patient âgé

## Consommation de soins (2)

---

- 16% de la population française (> 65 ans) consomme 40% de la dépense pharmaceutique française
- Automédication en fonction de l'âge

	Pharmacie		Ensemble de la pharmacie
	prescrite	non prescrite	
65-74 ans	62,9 %	9,3 %	64,9 %
75-84 ans	68,2 %	7,5 %	70,2 %
85 ans et plus	67,2 %	6,5 %	69,3 %
Ensemble des 65 ans et plus	64,8 %	8,6 %	66,7 %
Ensemble des moins de 65 ans	30,2 %	8,0 %	34,5 %
Ensemble de la population	34,5 %	8,0 %	38,5 %

Source : CREDES, Enquête ESPS 2000.

# Problématique de la prise en charge du sujet âgé

---

## 1. Excès de traitement : **overuse**

- Pas d'indication ou indication n'existe plus
- Médicament avec service médical rendu insuffisant (SMR)

## 2. Insuffisance de traitement : **underuse**

- Cardiologie (HTA, ACFA, IC...), Ostéoporose, Dépression...

## 3. Médicaments potentiellement inappropriés (MPI) : **misuse**

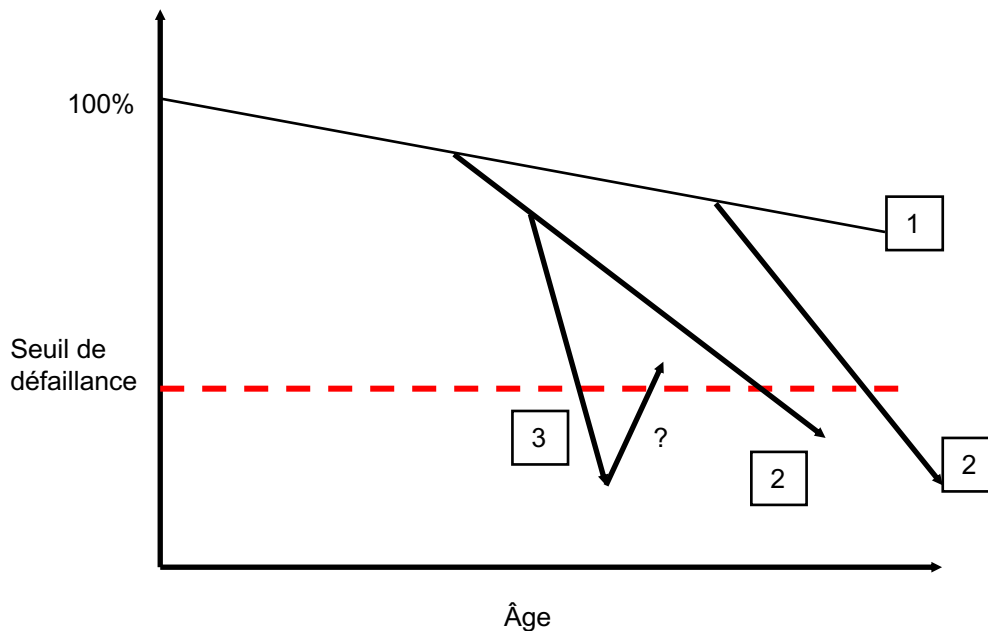
- Rapport bénéfice/risque défavorable chez le sujet âgé
- Bénéfice discutable par rapport à d'autres alternatives
- Facteur de décompensation

# Prise en charge du patient âgé

## Vieillesse physiopathologique

### Diagramme de Bouchon

Fonction d'organe



- 1 → Vieillesse physiologique
- 2 → Pathologies chroniques
- 3 → Pathologies aiguës
- ↳ **Pathologies iatrogènes**

D'après Bouchon, 1984

# Prise en charge du patient âgé

## Facteurs à prendre en compte

---

1. Pathologies chroniques et aiguës
  - Diagramme de Bouchon
2. Particularités du patient âgé
  - Modifications **pharmacocinétiques**
  - Modifications **pharmacodynamiques**
3. Environnementaux et sociaux
  - Isolement, dépendance
4. Les déficits
  - Visuel-auditif
  - Praxique
  - Démence

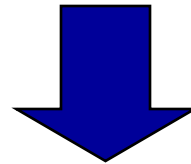


# Prise en charge du patient âgé

## Facteurs à prendre en compte

---

- Si association des différents facteurs → Notion de « frail elderly »  
= personne âgée fragile



1. Débuter avec des doses faibles, augmenter progressivement

**START LOW, GO SLOW**

2. Choix raisonné des médicaments

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

# Les médicaments à risque

## Les antihypertenseurs et dérivés nitrés (1)

---

- Insuffisance rénale
- Déshydratation/troubles hydro électrolytiques (associations+++)
- Risque d'hypotension orthostatique
- Diurétiques
  - Si  $Cl_{\text{créat}} \geq 30 \text{ mL/min}$ : thiazidiques
  - Si  $Cl_{\text{créat}} < 30 \text{ mL/min}$ : furosémide
- IEC/ARA II
  - Kaliémie, hydratation





# Les médicaments à risque

## Les antihypertenseurs et dérivés nitrés (2)

---

### ■ $\beta$ -bloquants

- Dans les collyres
- Bradycardie+++ (+amiodarone)
- Arrêt progressif (parfois plusieurs semaines)

### ■ Inhibiteurs calciques

- Nicardipine et nifédipine à libération immédiate
- Diltiazem-vérapamil  $\Rightarrow$  bradycardie

### ■ Dérivés nitrés

- Efficacité?
- Réévaluer si baisse d'activité
- Association avec les inhibiteurs de la phosphodiesterase





# Les médicaments à risque

## Les antiarythmiques

- Les anti-arythmiques
  - Traitement de la FA (↗ incidence avec âge)
  - Pas de classe I en cas de cardiopathie
- Digoxine
  - ↘ posologie
  - Seuil de toxicité < seuil des laboratoires

# Les médicaments à risque

## Les statines (1)

---



- Métabolisme hépatique pour la simvastatine, l'atorvastatine et la rosuvastatine
- Surveillance des transaminases
- Dosage des CK avant l'initiation puis en cas de symptomatologie musculaire
- Recommandations HAS 2017 !

# Les médicaments à risque

## Les statines (2)

---

- < 80 ans : même recommandation que chez les 40-65 ans

- Patient 80 ans et +

- pas d'instauration de prévention primaire

La prévention primaire a un intérêt si l'espérance de vie est suffisante. Un sujet en bonne santé de 80 ans a une espérance de vie de 5.2 ans

- maintien de la prévention primaire précédemment instaurée

- en fonction des autres facteurs de risque CV
- en absence d'EI ou IAM

- Prévention secondaire quel que soit l'âge



# Les médicaments à risque

## Les anticoagulants (1)

---

- Risque hémorragique majoré chez le patient âgé
- Prendre en compte
  - Les fonctions cognitives
  - Le contexte psychosocial
  - L'isolement éventuel
  - Les possibilités de surveillance

# Les médicaments à risque

## Les anticoagulants (2)

---



### ■ Héparines

- Clairance de la créatinine
- Surveillance (plaquettes, TCA)
- Prescrire en UI

### ■ AVK

- ½ dose à l'initiation
- Nombreuses IAM (inducteurs/inhibiteurs, paracétamol)
- Insuffisance rénale
- Carnet de suivi+++



# Les médicaments à risque

## Les anticoagulants (3)

---

- **Anticoagulants directs**
  - Pas de surveillance biologique  $\Rightarrow$  banalisation ?
  - Antidote pour le dabigatran (Pradaxa<sup>®</sup>)
  - Surveillance clairance de la créatinine, poids
- **Dans l'ACFA: aspirine ?**
  - Même risque hémorragique que les AVK
  - Moins efficace que l'apixaban



# Les médicaments à risque

## Les psychotropes (1)

---

- Non systématiques (peu d'effet préventif)
- Après toutes les autres mesures
- Réévaluation périodique
  - Délais d'action plus long
  - Balance bénéfice/risque
  - Période de wash-out





# Les médicaments à risque

## Les psychotropes (2)

---

- Éviter les associations
- Anxiolytiques et hypnotiques
  - Traitements courts (rediscuter l'indication)
  - Planifier l'arrêt dès l'instauration
  - Préférer les  $\frac{1}{2}$  vie courtes
- Antidépresseurs
  - Pas d'imipraminique en 1<sup>ière</sup> intention
  - Médicaments potentiellement inappropriés
  - Attention à l'underuse!



# Les médicaments à risque

## Les psychotropes (3)

---

### ■ Neuroleptiques

- Médicaments potentiellement inappropriés
- Mortalité cardiovasculaire accrue
- Surveillance de signes extra-pyramidaux
- Surveillance espace QT
- ↗ risque troubles cognitifs, AVC, AIT ?
- Réévaluation régulière+++

# Les médicaments à risque

## Les AINS

---

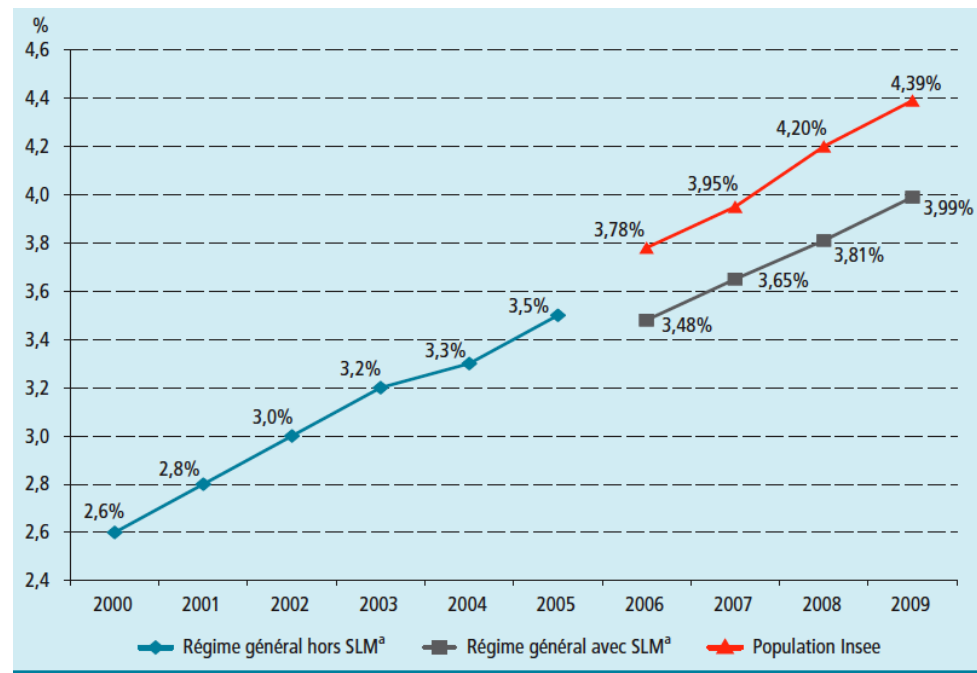


- Utilisation prudente+++
  - Après le paracétamol
  - Mauvaise tolérance digestive
  - Insuffisance rénale
  - Indications TRES restreintes
- Risque de décompensation cardiaque
- Coxibs contre-indiqués si cardiopathie ischémique, maladie cérébro-vasculaire

# Les médicaments à risque

## Les antidiabétiques (1)

- Augmentation de la prévalence du diabète (BEH 2009)






## Les médicaments à risque Les antidiabétiques (2)

- Adaptés à l'objectif thérapeutique
- Hypoglycémies
  - 1.23/100pts/an sulfonylurées
  - 2.76/100pts/an insuline
- Surveillance glycémique renforcée si pathologies intercurrentes
- Association ADO hypoglycémifiants et  $\beta$ -bloquants (diminution de la sensibilité)



# Les médicaments à risque

## Les antidiabétiques (3)

- Metformine si possible (Cl Créat > 30 mL/min)
- Bithérapie
  - Metformine-sulfamides t ½ courte ou glinide
    - Hypoglycémies (Ozidia<sup>®</sup> LP (glipizide) est CI)
- En cas d'insulinothérapie  hypoglycémies
  - Schéma simplifié (1 à 2 injections/j)
  - Prévoir une aide
- Inhibiteurs des  $\alpha$ -glucosidases souvent mal tolérés
- Incrétinomimétiques?



# Les médicaments à risque

## Les infections et les antibiotiques

---

- **Problème diagnostic**
    - Bactérie/virus
    - Infection/colonisation
  - **Présentation frustrée et retard au diagnostic**
  - **Retentissement sur les pathologies associées (diabète, IC...)**
  - **Etat général du patient conditionne le succès**
    - Système immunitaire altéré
    - Fragilisation des barrières cutanéomuqueuses
    - Malnutrition
  - **Réévaluer les traitements à 48-72h**
-



# Les médicaments à risque

## Les antibiotiques

---

- **Béta-lactamines**
  - Diarrhées, colites à *C. difficile*
  - Rash cutanés
- **Fluoroquinolones**
  - Confusion/convulsion!
  - colites à *C. difficile*
  - Tendinopathie (chez le sujet âgé?)
- **Macrolides**
  - Troubles digestifs+++
  - Interactions médicamenteuses (inh. enzymatiques sauf spiramycine)
- **Bactrim**
  - Hématotoxicité



# Médicaments à marge thérapeutique étroite

---

- Idem population générale mais risque++ car :
  - Polymédication
  - Modifications PK/PD

- HBPM / HNF

- AVK

- L-thyroxine

- Insuline

- Digoxine

- Anticonvulsivants

- Théophylline

- Lithium

- Aminosides

- Vancomycine

Suivi biologique

Dosage du médicament





# Inducteurs/inhibiteurs enzymatiques

---

## ■ Inducteurs

- Antiépileptiques : carbamazépine, fosphénytoïne, phénytoïne, primidone, phénobarbital
- Rifabutine, rifampicine
- Efavirenz, étravirine, lopinavir, névirapine, ritonavir
- Millepertuis
- Griséofovine
- ...

## ■ Inhibiteurs

- Amiodarone, dronédarone, diltiazem, vérapamil
  - **Macrolides+++**
  - **Antifongiques azolés+++**
  - Inhibiteurs de la protéase du VIH+++
  - Cimétidine
  - Imatinib, lapatinib, nilotinib, pazopanib
  - Fluoxétine
-



# Médicaments néphrotoxiques

---

- Anti-infectieux : **aminosides, vancomycine, téicoplanine, amphotéricine B (injectable!)**, aciclovir, le valaciclovir, ténofovir, adéfovir, **ganciclovir, cidofovir**, pentamidine, **foscarnet** ;
  - Cytotoxiques : **méthotrexate**
  - Immunodépresseurs : **ciclosporine, tacrolimus**, sirolimus, évérolimus ;
  - Déférasirox ;
  - Lithium ;
  - les produits de contraste iodés ;
  - Ticagrélor ;
  - Fibrates
-



# Médicaments et chutes

---

- Diurétiques
  - B-bloquants
  - Inhibiteurs calciques - dihydropyridines
  - Inhibiteurs calciques bradycardisants
  - Inhibiteurs de l'enzyme de conversion
  - Antagoniste de l'angiotensine I
  - Antihypertenseurs centraux et divers
  - Antiangoreux
  - Antiarythmiques de Classe I et digoxine
  - $\alpha$ -1 bloquants utilisés dans l'hypertrophie bénigne de la prostate
  - Benzodiazépines et dérivés
  - Antihistaminique H1
  - Neuroleptiques
  - Antidépresseurs imipraminiques
  - Dérivés de l'ergot de seigle
  - Vasodilatateurs cérébraux
-

# Prise en charge du patient âgé

## Quand penser à un effet indésirable ?

---

- Hypotension ou chute
- Syndrome confusionnel
- Trouble hydro électrolytique
- Insuffisance rénale
- Troubles du rythme et de la conduction
- Accidents hémorragiques
- Symptômes anticholinergiques
- Hypoglycémies
- Accident de sevrage
- Troubles digestifs
- ...

**REFLEX  
IATROGÉNIQUE**

En conséquence...

---

- Eviter les médicaments potentiellement inappropriés

= **risques** > **bénéfices**

- Rechercher les médicaments nécessaires

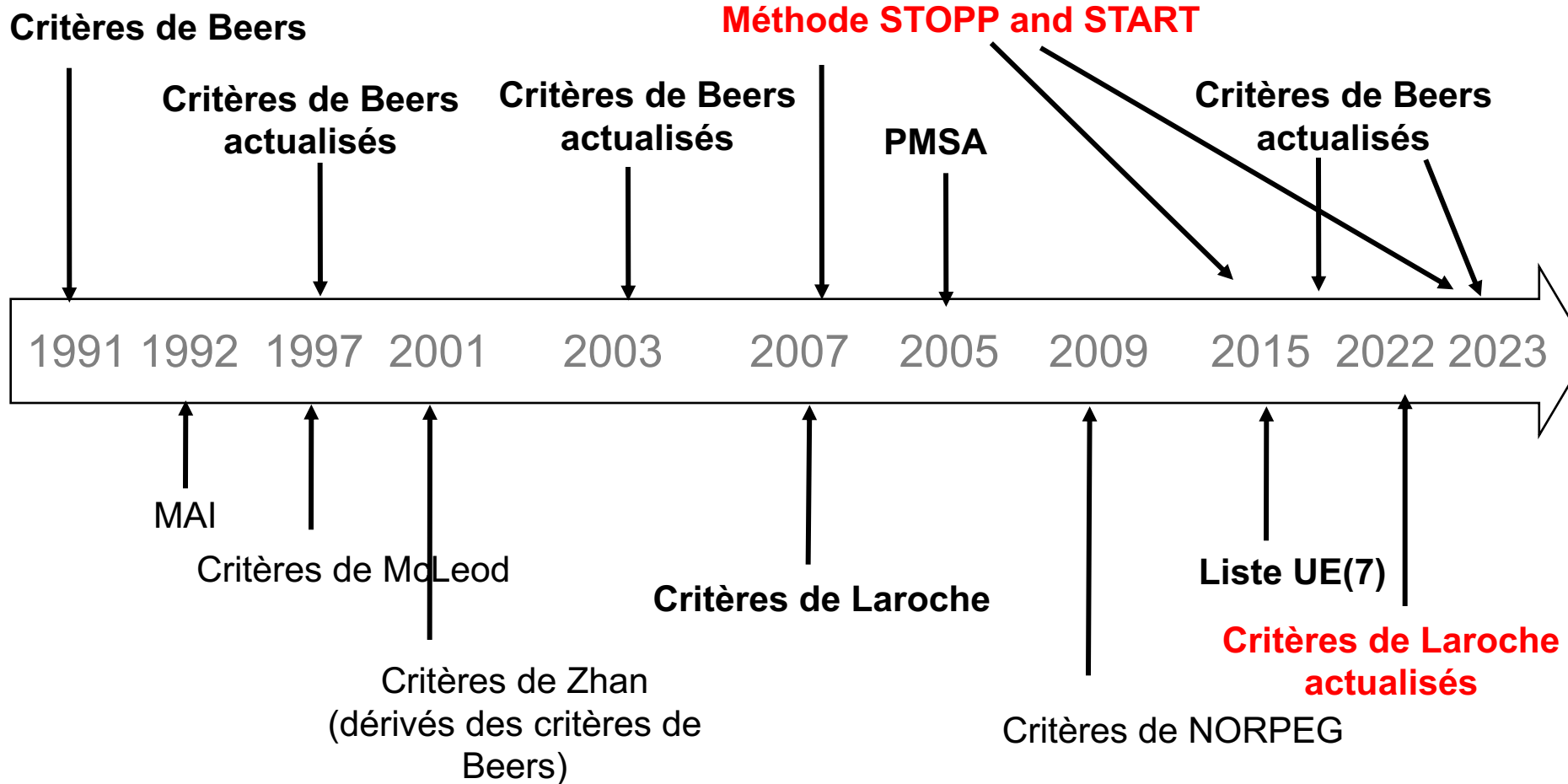
= **bénéfices** > **risques**

**→ Nécessité d'outils d'aide au choix des traitements**

1. Contexte
2. Médicaments à risque chez le sujet âgé
3. Médicaments potentiellement inappropriés – Outils d'aide à l'optimisation

# Outils d'aide à la prescription

## De nombreuses propositions !





# Outils d'aide

## De nombreuses propositions !

---

### ■ Critères explicites:

- ➔ Listes de médicaments/situations à risque
  - Facile d'utilisation
  - MAIS : Non transposable/Réévaluation périodique nécessaire
- ➔ Beers, Laroche, STOPP and START, UE(7)

### ■ Critères implicites:

- ➔ Fondés sur le raisonnement clinique
  - Long
  - MAIS : Transposable
- ➔ Medication Appropriateness Index, PMSA, STOPP and START

# Critères de Beers

---

- Première liste 1991
- Réactualisation fréquente
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Critères explicites
- Liste américaine
- A utiliser avec d'autres outils (STOPP and START, MAI...)
- Application Iphone et Androïd



# Critères de Beers

---

Critères de Beers

Âge  $\geq$  65 ans



1. MPI quel que soit le patient
2. MPI si certaines pathologies présentes
3. Médicaments approprié mais à utiliser avec précautions
4. Médicaments avec de nombreuses IAM
5. Médicaments à adapter la fonction rénale

## Avantages

- Liste actualisé
- **Référence**
- Donne les niveau de preuve et force de recommandation
- Utilisation simple

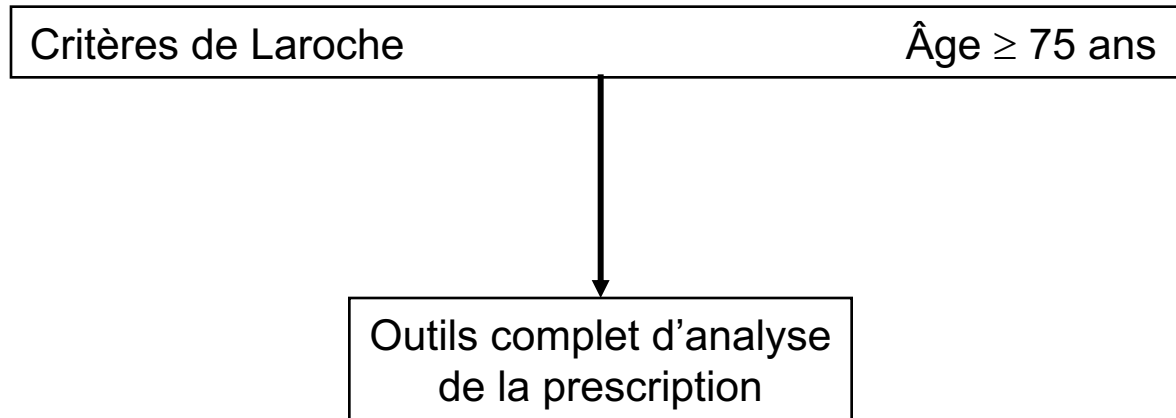
## Inconvénients

- Pas d'alternative proposée
- Liste USA

- Liste de 2007 puis 2022
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Liste française
- Critères explicites puis implicites (2022)

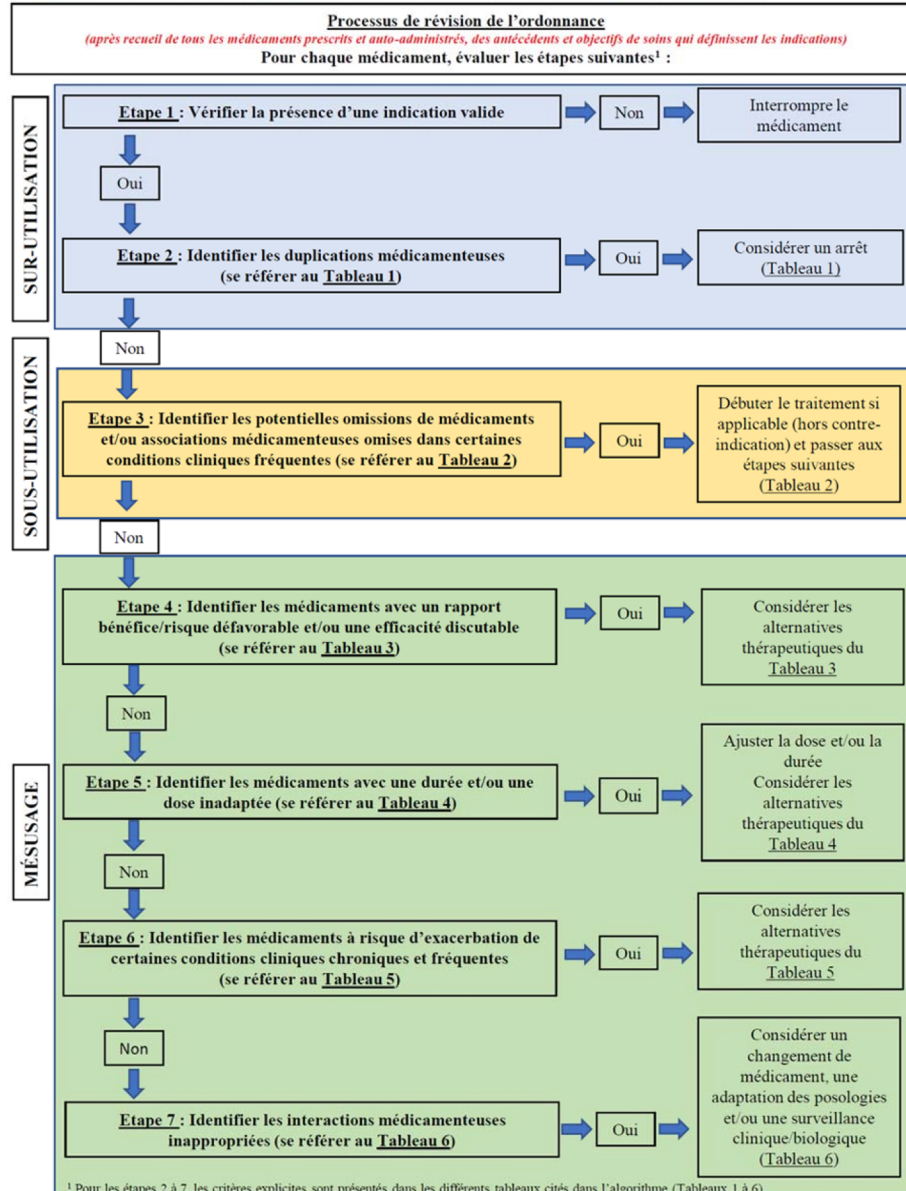
# Critères de Laroche

---



Avantages	Inconvénient
<ul style="list-style-type: none"><li>→ Alternatives proposées</li><li>→ Conduite à tenir</li><li>→ Liste française</li><li>→ Utilisation simple</li></ul>	→ ?

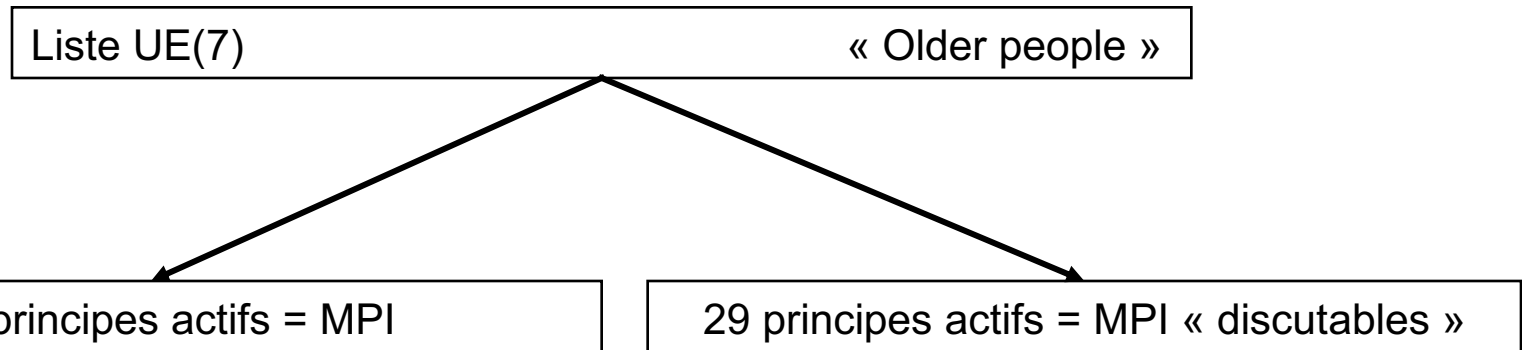
**Figure 1 – Critères implicites pour optimiser les prescriptions médicamenteuses chez les personnes âgées**



- Liste de 2015
- Jugement d'experts (26) avec méthode Delphi
- Liste européenne
- Critères explicites

# Liste UE(7)

---



Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>→ Liste européenne</li><li>→ Récente</li><li>→ Adaptation de posologies et alternatives</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Non évaluée</li></ul>



**Table 1** PIM according to the EU(7)-PIM list<sup>a</sup>

PIM	Main reason	Dose adjustment/special considerations of use	Alternative drugs and/or therapies
Drugs for peptic ulcer and gastro-oesophageal reflux			
Ranitidine	CNS adverse effects including confusion	CrCl <50 mL/min 150 mg q 24h (oral); 50 mg q 18–24 h (iv). E	When indication is appropriate, PPI (<8 weeks, low dose). E
PPI (>8 weeks) e.g. omeprazole, pantoprazole	Long-term high dose PPI therapy is associated with an increased risk of <i>C. difficile</i> infection and hip fracture. Inappropriate if used >8 weeks in maximal dose without clear indication		
Propulsives			
Metoclopramide	Antidopaminergic and anticholinergic effects, may worsen peripheral arterial blood flow and precipitate intermittent claudication	Short-term use and dose reduction; CrCl <40 mL/min 50 % of normal dose; maximum dose 20 mg/d; may be used in palliative care. E	Domperidone (<30 mg/d) if no contraindications. E
Laxatives			
Senna glycosides Sodium picosulfate	Stimulant laxative. Adverse events include abdominal pain, fluid and electrolyte imbalance and hypoalbuminemia. May exacerbate bowel dysfunction		Recommend proper dietary fibre and fluid intake; osmotically active laxatives: macrogol, lactulose. E, P
Antipropulsives			
Loperamide (>2 days)	Risk of somnolence, constipation, nausea, abdominal pain and bloating. Rare adverse events include dizziness. May precipitate toxic megacolon in inflammatory bowel disease, may delay recovery in unrecognised gastroenteritis	Start with a dose of 4 mg followed by 2 mg in each deposition until normalisation of bowel; do not exceed 16 mg/d; use no longer than 2 days; may be useful in palliative care for persisting non-infectious diarrhoea. E	Non-pharmacological measures, e.g. diet; phloroglucinol. E
Insulins and analogues			
Insulin, sliding scale	No benefits demonstrated in using sliding-scale insulin. Might facilitate fluctuations in glycemic levels	Lower doses to avoid hypoglycemia. E	Basal insulin. E

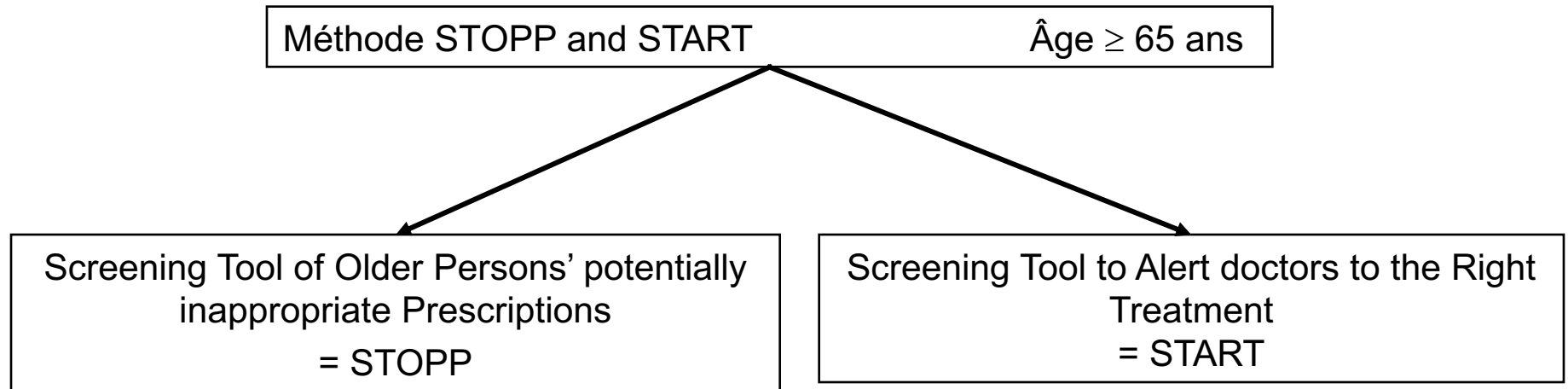
# Méthode STOPP and START

---

- 2 listes publiées en 2007 et 2008, actualisée en 2019
- Jugement d'experts avec méthode Delphi
- Liste britannique
- Critères explicites

# Méthode STOPP and START

---



Avantages	Inconvénients
<ul style="list-style-type: none"><li>→ Classement selon les systèmes physiologiques</li><li>→ Prise en compte des interactions</li><li>→ Utilisation simple</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>→ Liste non réactualisée</li><li>→ Long+++ sauf avec site <a href="http://stopstart.free.fr/">http://stopstart.free.fr/</a></li></ul>

# Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

---

- Programme PMSA de la HAS (2005)
- Améliorer la prise en charge globale
- Pas de liste mais
  - Des indicateurs de pratique
  - Des indicateurs d'alerte

# Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

---

PMSA : prescription médicamenteuse chez le sujet âgé (HAS)      Âge  $\geq$  65 ans

Favoriser l'observance

Améliorer le suivi

➡ overuse, underuse, misuse

- ➡ Fiches de suivi format excel pour les médecins
- ➡ Indicateurs de bonnes pratiques cliniques
- ➡ Référentiels (troubles du sommeil, maladie d'Alzheimer...)
- ➡ Support d'information aux patients pour les pharmaciens d'officine

# Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

## Les principes

---

- **Mieux prescrire = mieux prévenir**
  - Au bénéfice du patient sans perte de chance (pas d'underuse)
  - Avec la garantie de ne pas exposer le patient à d'autres risques (contention, report de prescription)
- **Implication et information du patient favorisant l'observance**
- **Implication de tous les acteurs de santé, coordination**
- **Cibler les situations à risque**
  - Polypathologie, démence, chute,...
  - Facteurs précipitants : canicule....

# Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

## Alerte Médicament

---

### Indicateurs de pratiques cliniques

Nlpt chez un patient Alzheimer → à confirmer

Pas plus de 2 psychotropes → à confirmer

BZD t1/2 longue → à confirmer

Date d'initiation pour les psychotropes connue

Recherche de chute tous les 3 mois si psychotrope

2 diurétiques → à confirmer

4 antihypertenseurs ou plus → à confirmer

Suivi ionogramme si SRA+antialdostérone ou diurétique de l'anse+thiazidique

Suivi poids si diurétiques

Recherche HTO si antiHTA (tous les 6 mois)

Contrôle INR si introduction atb ou atfongique

# Prescription Médicamenteuse chez le Sujet Agé (PMSA)

## Alerte ordonnance, underuse, situation à risque

---

Alerte « ordonnance »	Structurée par domaine de pathologie
Alerte « underuse »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Ostéoporose (Calcium, Vit D, biphosphonates)</li><li>• Insuffisance coronarienne et antiagrégants plaquettaires</li><li>• Insuffisance cardiaque systolique et inhibiteurs enzyme conversion</li></ul>
Alerte « Situation Clinique à risque »	<ul style="list-style-type: none"><li>• Recherche origine médicamenteuse si chute récente</li><li>• Rechercher origine médicamenteuse si troubles récents fonctions supérieures</li><li>• Adaptation doses diurétiques et apports hydrosodés si fièvre (ou canicule)</li></ul>



## Limites médicales à la prise en compte des MPI

---

- Pas d'alternative thérapeutique
- Risque d'interactions si nouveaux médicaments
- Liste des médicaments à étudier trop longue, activité chronophage
- Pas de communications entre les soignants / pas de modification d'une prescription d'un autre médecin
- Pas de connaissance des outils (Beers, Laroche....)
- Patient ne veut pas changer

# Les questions à se poser devant une prescription (1)

## Nouveaux médicaments

---

- Quel est l'objectif ?
  - Traitement étiologique/symptomatique
  - Augmentation de la durée de vie/qualité de vie
  - **Avis du patient !**
- Opportunité d'un nouveau médicament
  - ⇒ **hiérarchiser les objectifs !**
- Le nouveau médicament sera-t-il efficace ?



## Les questions à se poser devant une prescription (2) Nouveaux et anciens médicaments

---

- Quel est le rapport bénéfice/risque ?
  - Patient fragile
  - Déséquilibre de l'état du à un évènement intercurrent
  - Clairance de la créatinine
  - Critères psychosociaux
  - IAM
  - Effets indésirables attendus
- Des traitements non médicamenteux ont-ils une place ?



# Les questions à se poser devant une prescription (3)

## Nouveaux et anciens médicaments

---

- Le patient pourra-t-il prendre son traitement
  - Comprimés à couper (problème de praxie)
  - Ouverture des gélules, écrasement des comprimés
  - Comptage des gouttes (baisse de l'acuité visuelle)
- Observance
  - Est-ce la seule prescription ⇒ faire un bilan des traitements (patient, aidants, dossier pharmaceutique, armoire à pharmacie)
  - Proposer un plan de prise, un pilulier
- Le patient connaît-il les surveillances biologiques nécessaires?
- ~~Risque particulier des transitions hôpital-ville~~



# Conclusion

---

- Prendre en compte la physiopathologie du patient
- Utiliser les outils d'optimisation = évaluer le rapport bénéfice /  
risque
  - Jugement clinique reste prépondérant!
- L'automédication fait partie des traitements!
- Consulter l'historique médicamenteux +++

# Pour les analyses d'ordonnances

---

**Banque de données médicaments gratuite THERIAQUE :**

<http://www.theriaque.org>

**Inscrivez vous** pour utiliser cette banque de données et préparer vos analyses d'ordonnances

Le jour de l'examen, vous aurez accès à cette seule base

# Pour vous inscrire

Mise à jour de la base le  
24/01/2014



Nom d'utilisateur  Mot de passe   Mémoriser   

[ACCUEIL](#) ..... [LISTING](#) ..... [RECOMMANDATIONS](#) ..... [ANALYSE](#) ..... [INFORMATIONS UTILES](#) ..... [ACTUALITES](#) ..... [NOS OFFRES](#) ..... [QUI SOMMES-NOUS](#)



**Saisissez une spécialité, une substance active,  
une classe pharmacothérapeutique,  
un critère clinique, un générique...  
pour accéder à une information complète**

**RECHERCHE SIMPLE** RECHERCHE AVANCÉE

Afficher les spécialités supprimées (NSFP)

Sélectionnez un mode de recherche

Précisez votre recherche



Mémoriser

[ACCUEIL](#)[LISTING](#)[RECOMMANDATIONS](#)[ANALYSE](#)[INFORMATIONS UTILES](#)[ACTUALITES](#)[NOS OFFRES](#)[QUI SOMMES-NOUS](#)

### S'INSCRIRE EST GRATUIT ET FACILE!

L'enregistrement fournit un accès instantané à la banque de données Thériaque sur tous les médicaments disponibles en France.

Le formulaire suivant vous permet de vous identifier. Nous vous garantissons la confidentialité des informations fournies. Elles sont utilisées à des seuls fins statistiques.

Merci d'y répondre. Le système vous permet de choisir un identifiant et un code d'accès, merci de bien les noter pour vos interrogations futures !

\*Nom :

\*Prénom :

\*E-mail :

\*Adresse  
professionnelle :

\*Code postal :

\*Ville :

\*Pays : choisissez un pays



\*Mon identifiant :

a-z A-Z et 0-9

\*Mon code d'accès :

\*Confirmation  
de mon code d'accès :

profession

Chargé de communication





# Base PREMAGE

cerfa  
N° 60-3937

ES  
Conventionné

781105945

00	1	20	1
CAB	CONV	ZISD	IK

Prescriptions relatives au traitement de l'affection de longue durée reconnue (liste ou hors liste)  
(AFFECTIION EXONERANTE)

90)

Laslex 20 1 Nat  
Loxan 500 1 Nat 4 Soir 3 mois  
Amior 10 1 Nat 3 mois  
Raslex 300 12,5 11, Nat  
Teneid S 11, 3 mois  
TRANSLESINO 0,4 1  
Aspegic 100 1  
Teneq 160 1, 3 mois  
Dafalg 500 2 gel 3l

Prescriptions SANS RAPPORT avec l'affection de longue durée  
(MALADIES INTERCURRENTES)

IND - Edition 10/09

Base PREMAGE