



INFORMATIONS
SÉCURITÉ PATIENTS

INFORMATION TRANSMISE SOUS L'AUTORITE DE L'ANSM

Formulaire de demande de la spécialité ETOPOPHOS 100 mg, lyophilisat pour usage parentéral (phosphate d'étoposide) à remplir par le prescripteur et à transmettre par le pharmacien au laboratoire Cheplapharm (avril 2026)

| Partie à compléter par le PRESCRIPTEUR | |
|--|--|
| Nom et adresse de l'hôpital | |
| Données patient | 3 premières lettres du nom : Âge : 2 premières lettres du prénom : Sexe : Surface corporelle :m ² |
| Indication et situation prioritaires (<u>cocher la ou les cases correspondant au patient</u>): | <input type="checkbox"/> Protocole intensif et/ou protocole nécessitant une perfusion à haute concentration <input type="checkbox"/> Patient présentant une hypersensibilité avérée au VP16, une voie d'abord altérée et/ou un risque accru d'extravasation |
| Alternative | <input type="checkbox"/> Je confirme l'ABSENCE D'ALTERNATIVE au traitement par ETOPOPHOS |
| Posologie | |
| Nom, cachet et signature du prescripteur | |
| Partie à compléter par le PHARMACIEN | |
| Demande d'ETOPHOS à compléter par le pharmacien A renvoyer à depannage@cheplapharm.fr | Nombre de flacons demandés :(quantité nécessaire pour pouvoir réaliser un cycle de traitement) |
| Date et signature du pharmacien | |

A réception des documents, après validation de la demande, vous serez contacté par le laboratoire qui vous informera de la suite donnée à votre demande.