

**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>):	☐ Protocole intensif et/ou protocole nécessitant une perfusion à haute concentration ☐ Patient présentant une hypersensibilité avérée au VP16, une voie d'abord altérée et/ou un risque accru d'extravasation
Alternative	☐ 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'ETOPOPHOS 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.