

Docteurs FONTRUBADE - POUVREAU - MERVIEL - MAZEREAU - LE GALL - CADINOT -
BEN CHAMAKH
Maison Médicale - 1, rue des Erables - 49125 - TIERCE
Tél : 02 41 42 62 01
Fax : 02 41 42 45 50

Docteur Nadia BEN CHAMAKH

MEDECINE GENERALE
CONVENTIONNEE
49 1 060646

nadia.benchamakh@medecin.mssante.fr
Nadia.BENCHAMAKH@medical49.apicrypt.org

PHARMACIE DE MIRÉ
7, rue du Hall d'arrêt - 49100 MIRÉ
02 41 42 62 01
02 41 42 45 50

10/09/2026
PINEAU MARIE PIERRE 51 ans

Prescriptions relatives au traitement de longue durée reconnue (liste ou hors liste)
(AFFECTION EXONERANTE)

- METFORMINE 1000 mg : 1 cp matin et soir $\textcircled{1/10} + 1/10$
- Trulicity 1.5 mg: une fois par semaine $\textcircled{1} + 1+$
- IRBESARTAN 300 mg + hydrochlorothiazide 25 mg : 1 cp le matin $1/10$
- ATORVASTATINE 20 MG : 1 LE MATIN $1/10$
- METHOTREXATE 25 mg : 1 injection par semaine $\textcircled{1/1} + 0+$

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

- ESOMEPRAZOLE 20mg : 1 gélule le matin et le soir $(+ 1 \text{ hte avancée}) (3) + 2+$
- PARACÉTAMOL 1G VOIE ORALE - CP EFFERV
1 comprimés le matin, à midi, le soir et au coucher $(15) + 5 +$
- UVEDOSE 100 000 U : 1 AMPOULE TOUS LES MOIS
- SERETIDE 500 mg spray: 1 bouffée matin et soir (crai ado Doct Allain).
- * VENTOLINE : 1 flacon AR si besoin $1 + 1 +$
- SERTRALINE 50 MG : 1 LE MATIN (à la place de l'escitalopram) $\textcircled{1} + 1+$
- SERESTA 10 MG : 1 CP AU COUCHER $\textcircled{1} + 1+$
- CETIRIZINE 10 MG : 1 LE MATIN $\textcircled{2} + 2+$
- QSP 3 MOIS

FORMULAIRE D'ACCOMPAGNEMENT A LA PRESCRIPTION

Sémaglutide (Ozempic®) / *Troubles*

Article 61 de la convention médicale approuvée par arrêté du 20 Juin 2024 paru au Journal officiel du 21 Juin

Articles L. 162-19-1 et R. 161-45 du code de la sécurité sociale

Arrêté du 10 janvier 2025

Personne bénéficiaire de la prescription du médicament

Nom et prénom : *PINEAU Marie Pierre*
Numéro d'immatriculation : *2750193 205034 91*
Date de naissance : *01/01/1975*

Critères à renseigner

Diabète type 2

Identification du prescripteur et de la structure dans laquelle il exerce

Nom et prénom : <i>Ben Chamaikh Nadia</i>	Raison sociale : D^r NADIA BEN CHAMAKH
Identifiant : <i>491060646</i>	Adresse : 01 MEDICINE GENERALE CABINET MEDICAL 1 AVE DES ERABLES 49125 TIERCE
Numéro RPPS : <i>10100713097</i>	Numéro de structure : 4910606460120101 (AM, FINESS ou SIRET)

Justificatif

Je soussigné *Ben Chamaikh*, après avoir renseigné le formulaire d'accompagnement à la prescription, atteste que

☒ Je prescris le médicament dans les indications de son autorisation de mise sur le marché.

☐ Je prescris le médicament en dehors des indications de son autorisation de mise sur le marché. Mon patient ne bénéficiera pas d'une prise en charge par l'Assurance maladie.

Date : *06/11/25*

Signature



D^r NADIA BEN CHAMAKH
01 MEDICINE GENERALE
CABINET MEDICAL
1 AVE DES ERABLES
49125 TIERCE
49 1 06064 601 20 1 01