

Modèle de certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes

A. Pays et lieu de délivrance

Pays :

Lieu et date de délivrance :

Durée de validité* :

B. Médecin prescripteur

Nom, prénom :

Adresse :

Téléphone : (indicatif de pays, indicatif local, numéro)

Numéro du permis d'exercer (Code EAN-L) :

C. Patient

Nom, prénom :

Sexe :m

Lieu de naissance :

Date de naissance :

Domicile :

Numéro du passeport ou de la carte d'identité :

Pays de destination envisagé :

D. Préparation médicale prescrite

Dénomination commerciale du médicament (ou composition) :

Forme pharmaceutique :

Nombre d'unités (comprimés, ampoules, etc.) :

Dénomination internationale (substance active) :

* Durée de validité recommandée: trois mois à compter de la date de délivrance.

Concentration de la substance active :

Quantité totale de la substance active :

Mode d'emploi :

Durée du traitement (nombre de jours) :

E. Remarques: