

	ATTESTATION POUR MOLECULES A USAGE RESTREINT	Date de création 10 01 2020
		Version 1
		Page 1 sur 1

Vous avez prescrit une molécule soumise à une restriction d'utilisation * (Cf. ANSM décret du 12/04/2012)

Ces molécules ne peuvent être prescrites, fabriquées et délivrées qu'aux seules fins d'une adaptation posologique et/ou galénique dans les indications thérapeutiques prévues par l'AMM, pour un patient qui souffre de troubles de la déglutition et/ou de dénutrition.

Nous vous demandons donc de renseigner cette fiche nous garantissant le cadre légal de votre prescription et nous permettant de réaliser cette préparation.

Je soussigné(e) Dr. :

Ordonne la préparation magistrale de :

(Principe actif + dosage) :

Confirme que le patient :

Né(e) le :/...../.....

Pesant :Kg

Souffre de troubles de la déglutition

de dénutrition

(Cocher la/les case(s) correspondantes)

Fait à :

Date :/...../.....

Signature :

***Liste des molécules soumises à restriction :**

Almitrine, Bupropion, Chlordiazépoxyne, Naltrexone, Pirféridone, Roflumilast, Venlafaxine, Clorzépatate dipotassique, Diazépam, Fluoxétine, Furosémide, Hydrochlorothiazide, Imipramine, Metformine, Méthylphénidate, Duloxétine, Paroxétine, Spironolactone, Topiramate.