

**Enregistrement de notification d'un traitement "off label"
de psychotropes selon art.11 LStup.**

Patient :

Nom : _____

Prénom : _____

Date de naissance (JJ/MM/AA) : _____

Adresse complète : _____

Médicaments prescrits :

Nom du médicament	Dose	Dose journalière

Justification du traitement off-label :

Lieu de distribution :

Nom de la pharmacie et adresse
complète : _____

Fréquence de la distribution :

quotidienne hebdomadaire mensuelle autre (préciser)

Aptitude à la conduite :

Le médicament peut altérer la vigilance et rendre dangereuse la conduite de véhicules et l'utilisation de machines. Ces effets indésirables peuvent être accentués par la prescription off-label.

Le patient est-il en possession d'un permis de conduire ? oui non

Engagement thérapeutique : oui non

Médecin prescripteur :

(Timbre et signature exigés)

Lieu, date :

Formulaire à retourner à pharmacienne.cantonale@ne.ch