

**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)**Médecin prescripteur :**

(Timbre et signature exigés)

Lieu, date :

Document à retourner au service de la santé publique à l'att. de Mme Nadia Muttner