

DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ,  
DE LA JEUNESSE ET DES SPORTS  
SERVICE DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
PHARMACIENNE CANTONALE

**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](mailto:pharmacienne.cantonale@ne.ch)**