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

# Pays et lieu de délivrance

Pays : °°°°°
Lieu et date de délivrance : °°°°°
Durée de validité\* : °°°°°

# Médecin prescripteurNom, prénom : °°°°°Adresse : °°°°°Téléphone : (indicatif de pays, indicatif local, numéro) °°°°°Numéro du permis d’exercer (Code GLN) : °°°°°

# PatientNom, prénom : °°°°°Sexe : °°°°°Lieu de naissance : °°°°°Date de naissance : °°°°°Domicile : °°°°°Numéro du passeport ou de la carte d’identité : °°°°°Pays de destination envisagé : °°°°°

1. **Préparation médicale prescrite**Dénomination commerciale du médicament (ou composition) : °°°°°
Forme pharmaceutique : °°°°°
Nombre d’unités (comprimés, ampoules, etc.) : °°°°°
Dénomination internationale (substance active) : °°°°°

Concentration de la substance active : °°°°°

Quantité totale de la substance active : °°°°°

Mode d’emploi : °°°°°

Durée du traitement (nombre de jours) : °°°°°

1. Remarques: °°°°°