

CERTIFICAT DE DOUANE pour le transport de médicaments



F

Madame, Monsieur,

Le/ la patient(e) ci-dessous souffre d'une maladie du sang (hémophilie) et ne peut contrôler ses saignements qu'à l'aide de concentrés de facteur.

M/Mme

Nom du/de la patient (e)

atteint(e) de

p. exemple : hémophilie de type A ou B

voyage à destination de

La personne mentionnée ci-dessus ne peut commencer son voyage sans s'être munie de concentrés de facteur. Elle transporte sur elle suffisamment de médicaments pour réaliser une auto-perfusion ainsi que des quantités supplémentaires en cas d'urgence.

Une saisie par mégarde des concentrés de facteur peut constituer un danger mortel pour le/la patient(e) mentionné(e) ci-dessus car ces médicaments sont vitales pour lui/elle.

En vous remerciant pour votre collaboration,
recevez mes meilleures salutations.

Signature

Nom et Titre du médecin

CERTIFICAT MÉDICAL - à présenter aux autorités



M./Mme

souffre d'une maladie du sang appelée :

c.-à-d. d'un déficit en facteur de coagulation.

Je connais ce/cette patient(e) personnellement. En cas de saignements, il/elle répond bien aux auto-perfusions rapides de concentrés de facteur. De préférence à :

Nom du concentré

Les instructions de M./Mme

Nom Du/de la patient(e)

Concernant la quantité de concentration de facteur et le moment de l'administration de ce médicament peuvent être suivies.

Meilleures salutations

Signature

Nom et Titre du médecin