

	<p style="text-align: center;">Attestation pour molécules à usage restreint</p>	<p>Date de création 02/08/2022</p> <p>Version 2</p> <p>Page 1 sur 1</p>
--	--	---

Vous avez prescrit une molécule soumise à une restriction d'utilisation* (cf. ANSM décret du 12/04/2012).

Ces molécules ne peuvent être prescrites, fabriquées et délivrées qu'aux seules fins d'une adaptation posologique et/ou galénique dans les indications thérapeutiques prévues par l'AMM, pour un patient souffrant de troubles de la déglutition et/ou de dénutrition.

Nous vous demandons donc de renseigner cette fiche nous garantissant le cadre légal de votre prescription et nous permettant de réaliser cette préparation.

A titre exceptionnel, nous pouvons accepter de réaliser la préparation hors de ce cadre, sous réserve que celle-ci soit prescrite dans une indication documentée (*ex* : sevrage d'antidépresseurs, naltrexone dans la fibromyalgie...).

Je, soussigné, Dr :

Ordonne la préparation magistrale de :

Principe actif + dosage :

Confirme que le patient (*prénom NOM*) :

- Souffre de dénutrition
- Souffre de troubles de la déglutition
- Nécessite le traitement dans l'indication suivante :

(Cocher la ou les cases correspondantes)

Date :

Signature :

***Liste des molécules soumises à une restriction d'utilisation :**

Almitrine, bupropion, chlordiazépoxide, clorazépate dipotassique, diazépam, duloxétine, fluoxétine, furosémide, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, naltrexone, paroxétine, pirfénidone, roflumilast, spironolactone, topiramate