

A....., le.....

CERTIFICAT MEDICAL POUR PORTEUR DE TRAITEMENT INJECTABLE
MEDICAL CERTIFICATE FOR BEARER OF INJECTABLE TREATMENT

Je soussigné(e),
I the undersigned,

Identifiant RPPS :
RPPS ID

certifie que
certify that

Mme / M - Mrs / Mr

Né(e) le - Born
doit transporter un traitement injectable.
must carry an injectable treatment.

Le traitement de ce patient exige l'administration d'une injection régulière.
This patient requires the use of a regular injection.

Il / Elle doit toujours emporter avec elle/lui le matériel suivant :
For his / her treatment he / she must carry at all times:

DCI :

J'attire votre attention sur le fait que ce traitement peut nécessiter une conservation entre 2 et 8°C et qu'en aucun cas son traitement ne doit être interrompu sans mon accord.
I draw your attention to the fact that this treatment may require a conservation between 2 and 8 degrees Celsius and that it should not, under any circumstances, be interrupted without my agreement.

Signature

abbvie

S.A.S. au capital de 133 449 467,40 €
RCS Créteil 750 775 660
10 rue d'Arcueil 94528 - RUNGIS Cedex
SIRET : 750 775 660 00012

FR-IMMD-230066-05/2023