

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

CERTIFICAT MEDICAL POUR PORTEUR D'ANTI-TNF $\alpha$  EN SERINGUE / STYLO PRE-REMPLI(E)

MEDICAL CERTIFICATE FOR BEARER OF ANTI-TNF PRE-FILLED SYRINGE / PEN

Je soussigné(e), .....

*I the undersigned,*

certifie que

*certify that*

Mme/ M - Mrs / Mr .....

Né(e) le - Born .....

est atteint(e) de - *is affected by* .....

Le traitement de ce patient exige l'administration toutes les (1,2,...) semaines d'une injection d'anti-TNF $\alpha$  en seringue / stylo pré-rempli(e).

This patient requires the (week / every other week /...) use of an anti-TNF $\alpha$  pre-filled syringe / pen.

Il / Elle doit toujours emporter avec elle/lui le matériel suivant :

*For his / her treatment he / she must carry at all times:*

Seringue(s) / Stylo(s) prérempli(es) (DCI) .....

*Pre-filled syringe(s) / pen(s)*

J'attire votre attention sur le fait que ce traitement doit être conservé 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 must be preserved between 2 and 8 degrees Celsius and that it should not, under any circumstances, be interrupted without my agreement.*

Signature