

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