

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

CERTIFICAT MEDICAL POUR LE TRANSPORT EN AVION D'HUMIRA® EN SERINGUE / STYLO PRE-REMPLI(E)

MEDICAL CERTIFICATE FOR THE TRANSPORT BY PLANE OF HUMIRA® PRE-FILLED SYRINGE / PEN

Je soussigné(e), Docteur.....  
*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'Humira® en seringue / stylo pré-rempli(e).  
This patient requires the (weekly/every other week/...) use of Humira® pre-filled syringe/pen.

Il/Elle doit toujours emporter avec elle/lui son traitement.  
*He/she must carry at all times his/her medication.*

J'attire votre attention sur le fait que ce traitement doit être conservé entre 2°C et 8°C et doit être placé en cabine, si possible dans un réfrigérateur pendant le vol. En aucun cas le 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 be placed in the cabine during the flight. The treatment should not be interrupted under any circumstances without my agreement.*

Signature et tampon du médecin/Signature and stamp of the doctor

abbvie