



FORMULAIRE DE COMMANDE

CARNET A SOUCHES POUR LA PRESCRIPTION DE STUPEFIANTS

Coordonnées du prescripteur demandeur d'un carnet :

Nom, Prénom:
Adresse:
Code médecin :
Spécialité:
Adresse e-mail/Fax:
Téléphone/GSM:

Je soussigné(e) déclare vouloir commander un carnet à souches à utiliser dans le cadre de la prescription : *(prière de cocher uniquement les cases correspondantes)*

- ☐ de stupéfiants dans le cadre d'un traitement médical ordinaire (de couleur ROSE-VERTE)
Je soussigné(e) désire avoir un carnet contenant ; *(cocher 1 choix seulement !)*
- ☐ 5 Feuilles (pour les Médecins-Dentistes)
☐ 20 Feuilles (carnet standard)
☐ 50 Feuilles, **valable uniquement pour les médecins pédiatres**, ☐
les médecins travaillant à l'hôpital ☐
ou en maison de soins. ☐
(Veuillez cocher la motivation correspondante s.v.p.)
- ☐ du traitement de la toxicomanie par substitution (de couleur BLEU-JAUNE), **valable uniquement pour les médecins agréés à prescrire dans le cadre du programme de traitement de la toxicomanie par substitution.** (Non valable pour première demande de carnet. Les primo-demandes sont à effectuer auprès de la Division de la médecine sociale, des maladies de la dépendance & de la santé mentale)
- ☐ de cannabis et de certains de ses dérivés à des fins médicales (de couleur JAUNE-ROSE), **uniquement pour les médecins ayant participé à la formation pour la prescription de Cannabis médical.**

Motif de la demande :

- ☐ renouvellement d'un carnet terminé.
Le numéro de l'ancien carnet (*à retourner obligatoirement à la DPM*) : _____
- ☐ nouvel agrément du médecin pour prescrire les substances en question
- ☐ perte/vol d'un carnet :
- numéro du carnet perdu/volé : _____
- carnet vierge ? ☐ oui ☐ non : si non, numéro du dernier feuillet complété : _____
- ☐ autre raison (préciser) : _____

Tampon du prescripteur demandeur (avec date et signature):