FORMULAIRE AUTO-DECLARATION DE PRISE EN CHARGE

A renvoyer dûment complété à la Commission fédérale de contrôle
Par courriel : controle-toezicht@health.fgov.be

Je soussigné(e),

NOM																								

PRENOM																								

DATE DE NAISSANCE									SEXE	

RESIDENCE HABITUELLE :

Rue et N°																									

Code postal				

Localité																									

Déclare confier le traitement de son état d'assuétude par médicament au **Docteur** :

Nom Prénom Rue CP Localité	……. ……. ……	Cachet & signature du médecin

Se faire délivrer les médicaments dont il abuse exclusivement par le **Pharmacien** :
Donner son accord pour l'ouverture d'un dossier pharmaceutique partagé

Nom Prénom Rue CP Localité	…… …… ……..	Cachet & signature de la Pharmacie

Médicament(s) prescrit(s)	dosage	posologie

Equipe pluridisciplinaire de référence :……

Date et signature du patient

5 exemplaires :
Patient, Médecin, Pharmacien, Conseil de l'Ordre des Médecins, Commission Médicale