



Formulaire de restriction de remise de médicament(s)

La restriction de remise de médicament(s) concerne :

Madame / Monsieur :

Nom :

Prénom :

Adresse / no :

NPA / Lieu :

Date de naissance :

En accord avec mon médecin traitant, j'autorise l'autorité de surveillance à diffuser l'information de limitation de remise de la médication suivante :

Produit(s) :

Cette médication me sera remise uniquement par la pharmacie (nom et adresse) :

.....

Et uniquement sur la prescription du Dr

Cette restriction est valable jusqu'à ce que le médecin prescripteur la révoque.

Timbre du médecin traitant :

Une circulaire d'information sera diffusée par le Pharmacien cantonal dans toutes les pharmacies publiques du canton du Valais (si nécessaire, dans d'autres cantons). Le Médecin cantonal se réserve le droit de contacter les médecins en cas de prescriptions simultanées par d'autres médecins (si nécessaire, dans d'autres cantons).

Lieu / date : Signature du/de la patient/e

Formulaire à adresser à:

pharmacien-cantonal@admin.vs.ch

ou

Service de la santé publique, Avenue de la Gare 23, CP 478, 1951 Sion

