

ACCUSE DE RECEPTION KIT THALIDOMIDE ACCORD

50 mg, gélules - Version **Février 2024**

À COMPLETER ET RENVOYER
par email à l'adresse : observatoire.thalidomide@icta.fr
ou par fax au numéro vert suivant : 0 800 088 340

Le kit d'information prescripteurs et pharmaciens de Thalidomide Accord, élaboré en collaboration avec l'ANSM, a été mis à jour suite à la modification du Plan de Gestion des Risques du produit.

Nous vous prions de bien vouloir accuser réception de ce kit en nous retournant **au plus vite** le présent document afin que nous puissions honorer vos prochaines commandes de Thalidomide Accord.

Pour rappel, seules les pharmacies hospitalières ayant accusé réception de la dernière version du kit, à savoir version **Février 2024, seront autorisées à être approvisionnées en Thalidomide Accord.**

Merci de compléter en majuscules les champs ci-dessous

PHARMACIEN

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Merci de cocher l'une des cases ci-dessous si votre établissement fait partie des cas particuliers suivants :

- Je centralise des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : OUI NON
- Je suis approvisionné par un établissement centralisant des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : OUI NON - Précisez lequel :

MEDECIN, spécialité :

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

* À compléter en majuscules

Cachet : _____ Date : /

Signature :