Modèle de certificat pour le transport, par des voyageurs sous traitement, de préparations médicales contenant des stupéfiants et/ou des substances psychotropes

# Pays et lieu de délivrance

Pays : °°°°°   
Lieu et date de délivrance : °°°°°  
Durée de validité\* : °°°°°

# Médecin prescripteur Nom, prénom : °°°°° Adresse : °°°°° Téléphone : (indicatif de pays, indicatif local, numéro) °°°°° Numéro du permis d’exercer (Code GLN) : °°°°°

# Patient Nom, prénom : °°°°° Sexe : °°°°° Lieu de naissance : °°°°° Date de naissance : °°°°° Domicile : °°°°° Numéro du passeport ou de la carte d’identité : °°°°° Pays de destination envisagé : °°°°°

1. **Préparation médicale prescrite**Dénomination commerciale du médicament (ou composition) : °°°°°  
   Forme pharmaceutique : °°°°°  
   Nombre d’unités (comprimés, ampoules, etc.) : °°°°°  
   Dénomination internationale (substance active) : °°°°°

Concentration de la substance active : °°°°°

Quantité totale de la substance active : °°°°°

Mode d’emploi : °°°°°

Durée du traitement (nombre de jours) : °°°°°

1. Remarques: °°°°°