



Attestation pour molécules à usage restreint

Vous avez prescrit une **molécule soumise à une restriction d'utilisation** (cf. ANSM décret du 12/04/2012).

Ces molécules ne peuvent être prescrites, fabriquées et délivrées qu'aux seules fins d'une adaptation posologique et/ou galénique dans les indications thérapeutiques prévues par l'AMM, pour un patient souffrant de troubles de la déglutition et/ou de dénutrition.

Nous vous demandons donc de renseigner cette fiche nous garantissant le cadre légal de votre prescription et nous permettant de réaliser cette préparation.

A titre exceptionnel, nous pouvons accepter de réaliser la préparation hors de ce cadre, sous réserve que celle-ci soit prescrite dans une indication documentée (ex : sevrage d'antidépresseurs, naltrexone dans la fibromyalgie...).

Je, soussigné, Dr :

Ordonne la préparation magistrale de :

Principe actif + dosage :

Confirme que le patient (prénom NOM) :

☐ Souffre de dénutrition

☐ Souffre de troubles de la déglutition

☐ Nécessite le traitement dans l'indication suivante :

(Cocher la ou les cases correspondantes)

Date :

Signature :

Liste des molécules soumises à une restriction d'utilisation :

Almitrine, bupropion, chlordiazépoxide, clorazépate dipotassique, diazépam, duloxétine, fluoxétine, furosémide, hydrochlorothiazide, imipramine, metformine, méthylphénidate, naltrexone, paroxétine, pirféridone, roflumilatst, spironolactone, topiramate