

<b>Contingentement Visudyne</b>	
Référence patient (PP/NNN*) : Date de naissance:JJ/MM/AAAA	
Indication de la prescription de la Visudyne :	
Précisions sur l'indication :	
MAVAC Œil droit :	
MAVAC Œil gauche :	
En cas de demi dose utilisée pour le 1er patient Demande conjointe avec un autre patient :	
Si oui, référence patient :	
Date prévue de l'intervention	
Si possible : coordonnées (Adresse postale et email) de la pharmacie du patient pour livrer le flacon de Visudyne	
<b><i>Ce document doit être envoyé à l'adresse suivante : <a href="mailto:contact.france@cheplapharm.de">contact.france@cheplapharm.de</a></i></b>	

*\* Deux premières lettres du prénom et trois premières lettres du nom*