

[En tête Etablissement Hospitalier]

ATTESTATION SUR L'HONNEUR à remplir par la PUI

Je soussigné(e), [Mr/Mme] [Nom] [Prénom], [Titre professionnel] à [Nom de l'Etablissement hospitalier], inscrit(e) sous le numéro RPPS [XXXXXXXXXX] confirme que l'établissement dispose d'un stock insuffisant de Dilantin 250 mg/5ml, solution injectable pour assurer la continuité des soins et **atteste sur l'honneur que ces unités seront dispensées exclusivement pour une utilisation en pédiatrie chez les enfants de moins de 5 ans.**

Fait à [Lieu], le [Date]

[Signature + Tampon]