

**Demande d'attestation de transport personnel**

**XY médicaments stupéfiants ou gci a jg { i bY dUfhjYXY`U  
 réglementation des stupéfiants XUbg`Y WUXfY Xfi b'fUjHya Ybh  
 médical**

**Adresser au minimum  
 10 jours avant le départ à:**

ANSM  
 Direction NEURHO  
 Equip^ÁÚč ] ..â) o ÁÁÚ• ^ &@ d[ ] ^•  
 143/145 Bd Anatole France  
 93285 SAINT DENIS Cedex  
 Tel : 01.55.87.36.33/30.52  
 Fax: 01.55.87.35.92

**Patient**

Nom Prénom :

Adresse :

Téléphone :

Email :

Date :

Madame, Monsieur,

Dans le cadre de mon traitement médical, je sollicite une attestation, afin de pouvoir transporter mon traitement de (nom du médicament), lors de mon voyage au (pays de destination).

J'autorise l'ANSM à transmettre mon dossier aux autorités du pays de destination si la réglementation du pays l'impose :

oui  non

Veuillez trouver, ci-après, le détail de mon séjour ainsi que le détail de mon traitement :

|   |                |
|---|----------------|
| <b><u>Détail du séjour à l'étranger :</u></b>             |                |
| Pays de destination (hors Schengen)                       | _____          |
| Date de départ  | _____          |
| Date de retour  | _____          |
| <b><u>Détail du traitement :</u></b>                      |                |
| Dénomination du médicament                                | _____          |
| Forme pharmaceutique                                      | _____          |
| Dosage  | _____          |
| Posologie   | _____          |
| Durée de prescription                                     | _____          |
| Prescripteur (nom, coordonnées)                           | _____<br>_____ |
| Lieu de dispensation (nom, coordonnées) : CSAPA/Pharmacie | _____<br>_____ |

Vous trouverez également, ci-dessous, les documents requis pour l'obtention de l'attestation de transport :

- Copie de la prescription médicale
  
- Certificat médical par lequel le médecin ne s'oppose pas au déplacement à l'étranger (pays, durée du séjour) du patient (nom, prénom) sous traitement (médicament(s) et posologie)
  
- Documents complémentaires **uniquement** pour la Méthadone sous la forme gélule
  - Certificat du médecin précisant :
    - que la forme gélule est indiquée en relais de la forme sirop,
    - que le traitement par Méthadone gélule fait suite à un traitement par Méthadone sirop pendant au moins 1 an, et que le médecin suit la stabilisation sur le plan médical et des conduites addictives,
    - qu'un protocole de soins (patient, médecin traitant et médecin conseil de la caisse primaire d'assurance maladie) a été mis en place,
    - que la prescription fait suite à une primo-prescription (prescription initiale) par un médecin exerçant dans un CSAPA (Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie) ou par un médecin exerçant dans un service hospitalier spécialisé dans les soins aux toxicomanes,
    - qu'il est le médecin à qui le primoprescripteur a délégué le renouvellement de la prescription.
  
- Documents complémentaires **uniquement** pour la Méthadone sous la forme sirop
  - Certificat du médecin précisant :
    - que la prescription fait suite à une primo-prescription (prescription initiale) par un médecin exerçant en Centres de Soins d'Accompagnement et de Prévention en Addictologie (CSAPA) ou par des médecins hospitaliers à l'occasion d'une hospitalisation, d'une consultation ou en milieu pénitentiaire.
    - qu'il est le médecin à qui le primoprescripteur a délégué le renouvellement de la prescription.
  
- Documents complémentaires **uniquement** pour les médicaments stupéfiants à prescription initiale réservée aux spécialistes (Concerta, Medikinet, Quasym, Ritaline, Ritaline LP, Xyrem) :
  - Copie de la Prescription initiale annuelle

Je vous remercie par avance et je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, l'expression de mes sentiments les meilleurs.

**Seules les demandes complètes, adressées au moins 10 jours avant la date du départ seront recevables.**