



IMNOVID®

Celgene
Tour EQHO
2 avenue Gambetta CS 60055
92066 PARIS LA DEFENSE CEDEX
Tel : 0 800 88 13 28

ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT IMNOVID®

1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg gélules - Version JUIN 2020

À COMPLÉTER ET RENVOYER

**par email à l'adresse : imnovid@icta.fr
ou par fax au numéro vert suivant : 0 800 00 22 19**

Le **kit d'information prescripteurs et pharmaciens IMNOVID®**, élaboré en collaboration avec l'ANSM, a été mis à jour suite à la modification du Plan de Gestion des Risques du produit.

Nous vous prions de bien vouloir accuser réception de ce kit en nous retournant **au plus vite** le présent document afin que nous puissions honorer vos prochaines commandes d'IMNOVID®.

Pour rappel, seules les pharmacies hospitalières ayant accusé réception de la dernière version du kit, à savoir version Juin 2020, seront autorisées à être approvisionnées en IMNOVID®.

Merci de compléter en majuscules les champs ci-dessous

PHARMACIEN

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Merci de cocher l'une des cases ci-dessous si votre établissement fait partie des cas particuliers suivants :

- Je centralise des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : OUI NON
- Je suis approvisionné par un établissement centralisant des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : OUI NON - Précisez lequel :

MÉDECIN, spécialité :

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

* À compléter en majuscules

Cachet :

Date : / /

Signature :