



## ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT THALIDOMIDE CELGENE®

**50 mg, gélules - Version FÉVRIER 2020**

**À COMPLÉTER ET RENVOYER**

**par email à l'adresse : [observatoire.thalidomide@icta.fr](mailto:observatoire.thalidomide@icta.fr)  
 ou par fax au numéro vert suivant : 0 800 00 22 19**

Le **kit d'information prescripteurs et pharmaciens de Thalidomide Celgene®**, 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 de Thalidomide Celgene®.

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

**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 :