

Formulaire destiné au pharmacien hospitalier préalablement à la facturation de la spécialité FIRAZYR prescrite dans le traitement symptomatique des crises aiguës d'angio-œdème héréditaire de type I et II chez l'adulte (§ 5740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001)

Je soussigné, médecin spécialiste, certifie que les conditions figurant au point a) du § 5740000 du chapitre IV de l'A.R. du 21 décembre 2001 pour le remboursement de l'administration de la spécialité FIRAZYR chez ce patient sont toutes remplies, vu que cette administration a été réalisée dans la situation attestée au point III ci-dessous :



(cachet)

.....

(signature du médecin)