Modello di certificato medico per viaggiatori malati che devono trasportare medicamenti che contengono stupefacenti o sostanze psicotrope per uso medico personale

# Paese, data e luogo di emissione

Paese: °°°°°

Luogo e data: °°°°°

Durata di validità:[[1]](#footnote-1)\* °°°°°

1. **Medico che rilascia la prescrizione**  
   Cognome, nome: °°°°°  
   Indirizzo: °°°°°  
   Tel. (incl. codice del Paese): °°°°°  
   GLN (codice EAN-L): °°°°°

# Paziente Cognome, nome: °°°°° Sesso: °°°°° Luogo di nascita: °°°°° Data di nascita: °°°°° Domicilio: °°°°° Numero del passaporto o della carta di identità: °°°°° Paese di destinazione: °°°°°

# Preparato medico prescritto Denominazione commerciale (o composizione): °°°°° Forma farmaceutica: °°°°°

# Dose giornaliera: °°°°° Numero di unità (compresse, fiale, ecc.): °°°°° Nome internazionale della sostanza attiva: °°°°° Concentrazione della sostanza attiva: °°°°° Numero di giorni di trattamento: °°°°°

# E. Osservazioni °°°°°

1. \* Durata di validità raccomandata: tre mesi dalla data di emissione. [↑](#footnote-ref-1)