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): °°°°°

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

# Preparato medico prescrittoDenominazione 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)