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

A. **Paese, data e luogo di emissione**

Paese: °°°°°

Luogo e data: °°°°°

Durata di validità:* °°°°°

B. **Medico che rilascia la prescrizione**

Cognome, nome: °°°°°

Indirizzo: °°°°°

Tel. (incl. codice del Paese): °°°°°

GLN (codice EAN-L): °°°°°

C. **Paziente**

Cognome, nome: °°°°°

Sesso: °°°°°

Luogo di nascita: °°°°°

Data di nascita: °°°°°

Domicilio: °°°°°

Numero del passaporto o della carta di identità: °°°°°

Paese di destinazione: °°°°°

D. **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** °°°°°

…….. ……

Data Signatura e timbro del medico

* **Durata di validità raccomandata: tre mesi dalla data di emissione.**