

A, le.....

**CERTIFICAT MEDICAL POUR PORTEUR
D'ANTI-TNF α /ANTI IL EN SERINGUE / STYLO PRE-REMPLI(E)
MEDICAL CERTIFICATE FOR BEARER
OF ANTI-TNF/ANTI IL PRE-FILLED SYRINGE / PEN**

Je soussigné(e),

I undersigned,

certifie que

certifies that

Mme / M.....

Mrs / Mr

Né(e) le

Date of birth

Le traitement de ce patient exige l'administration toutes les (1,2,.....) semaines d'une injection d'anti-TNF α /anti IL en seringue / stylo pré-rempli(e).

This patient requires the (week / every other week /...) use of an anti-TNF α /anti IL pre-filled syringe/pen.

Il / Elle doit toujours emporter avec elle/lui le matériel suivant :

For his / her treatment he / she must carry at all times:

Seringue(s) / Stylo(s) prérempli(es) (DCI)

Pre-filled syringe(s) / pen(s)

J'attire votre attention sur le fait que ce traitement doit être conservé entre 2 et 8°C et qu'en aucun cas son traitement ne doit être interrompu sans mon accord.

I draw your attention to the fact that this treatment must be preserved between 2 and 8° degrees Celsius and that it should not, under any circumstances, be interrupted without my agreement.

Signature