Prescription Médicale*

Informations relatives au patient		
Nom Prénom ----------	**Numéro de CRF** ----------	
Code d'anonymat		
Médecin Traitant		
Nom Prénom ----------	**Spécialité :** ◯ **Gastrologue** ◯ **Infectiologue**	
Secteur : ◯ **Public** ◯ **Privé** ◯ **Para-Public**		
Informations relatives au traitement		
Traitement proposé	◯ Sofosbuvir	1 Comprimé par Jour
	◯ Sofosbuvir + Ledipasvir	1 Comprimé par Jour
	◯ Ribavirine	Dose à préciser : _____par Jour
Durée du traitement	◯ 12 semaines	Recommandations : _____
	◯ 24 semaines	_____
Lieu de dispensation		
Secteur : ◯ **Public** (Pharmacien du centre référent) ◯ **Privé** (Pharmacie privée)		
Signature	**Cachet**	

***Applicable aux Circulaire N°60 (Disponibilité du médicament dans le secteur public) et Circulaire N°89 (Disponibilité du médicament dans le secteur privé)**