

A....., le.....

**CERTIFICAT MEDICAL POUR PORTEUR
D'ANTI-TNF α EN SERINGUE PREREMPLIE**

**MEDICAL CERTIFICATE FOR BEARER
OF ANTI-TNF PRE-FILLED SYRINGE**

Je soussigné(e),
I the undersigned,

certifie que
certify that

Mme/Melle/M.....
Mrs/Miss/Mr

Né(e) le
born

est atteint(e) de
is affected by

Le traitement de ce patient exige l'administration toutes les (1,2,...) semaines d'une injection d'anti-TNF α en seringue préremplie.
This patient requires the (week / every other week /...) use of an anti-TNF α pre-filled syringe.

Il / Elle doit toujours emporter avec elle/lui le matériel suivant :
For his / her treatment he / she must carry at all times :

Seringues pré-rempli (DCI)
Pre-filled syringes

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