

LA DECLARATION SCHENGEN DOIT ÊTRE ORIGINALEMENT SIGNÉE!

BELGIQUE _____ (1)
(Pays de départ) (Pays de destination)

A Médecin prescripteur: _____
(Adresse e-mail)

_____ (2)
(Nom) (Prénom) (Téléphone)

_____ (3)
(Adresse)

_____ (4)
(Cachet du médecin) (Signature du médecin) (Date)

B Patient: _____ (Adresse e-mail) _____ (Téléphone)

_____ (5) _____ (6)
(Nom et prénom) (N° du passeport ou autre document d'identité)

_____ (7) _____ (8)
(Lieu de naissance) (Date de naissance)

_____ (9) _____ (10)
(Nationalité) (Sexe)

_____ (11)
(Lieu de résidence)

_____ (12) de: ____ / ____ /20 jusqu'au ____ / ____ /20 (13)
(Durée du voyage en jours) (Dates de départ/retour : max. 30 jours pour 1 déclaration de Schengen)

C Médicament prescrit:

_____ (14) _____ (15)
(Nom commercial ou préparation magistrale) (Forme pharmaceutique: comprimé, gélule, plâtre, sirop,...)

_____ (16) _____ (17)
(Dénomination internationale de la substance active) (concentration de la substance active par unité)

_____ (18) _____ (19)
(Dosage/jour) (Quantité totale de la substance active amenée en vacances en grammes ou mg)

_____ (20)
(Durée de la prescription/thérapie en jours : max. 30 jours PAR déclaration Schengen)

_____ (21)
(Remarques)

D Autorité compétente pour la délivrance/l'authentification:

Agence fédérale des médicaments et des produits de santé
DG Inspection – division Autorisations – team Stupéfiants (22)
Avenue Galilée 5/03 (23)
1210 BRUXELLES
+32 2 528 40 00 narcotics@afmps.be

_____ (24)
(Cachet de l'autorité) (Signature de l'autorité)

Certification to carry drugs and/or psychotropic substances for treatment purposes Schengen Implementing Convention - Article 75		Certificat pour le transport de stupéfiants et/ou de substances psychotropes à des fins thérapeutiques Article 75 de la Convention d'application de l'Accord de Schengen
(1)	country of departure, country of destination	pays de départ, pays de destination
A	Prescribing doctor	Médecin prescripteur
(2)	name, first name, phone	nom, prénom, téléphone
(3)	address	adresse
(4)	in cases of issuing by doctor: stamp, signature, date of doctor	en cas de délivrance par un médecin: cachet, signature, date du médecin
B	Patient	Patient
(5)	name, first name	nom, prénom
(6)	no. of passport or other identification document	n° du passeport ou du document d'identité
(7)	place of birth	lieu de naissance
(8)	date of birth	date de naissance
(9)	nationality	nationalité
(10)	sex	sexe
(11)	address	adresse
(12)	duration of travel in days	durée du voyage en jours
(13)	validity of authorisation from/to – max. 30 days	durée de validité de l'autorisation du/au - max. 30 jours
C	Prescribed drug	Médicament prescrit
(14)	trade name or special preparation	nom commercial ou préparation spéciale
(15)	dosage form	forme pharmaceutique
(16)	international name of active substance	dénomination internationale de la substance active
(17)	concentration of active substance	concentration de la substance active
(18)	instructions for use	mode d'emploi
(19)	total quantity of active substance	quantité totale de la substance active
(20)	duration of prescription in days - max. 30 days	durée de la prescription, en jours - max. 30 jours
(21)	remarks	remarques
D	Issuing/accrediting authority	Autorité qui délivre/authentifie
(22)	expression	désignation
(23)	address, phone	adresse, téléphone
(24)	stamp, signature of authority	sceau, signature de l'autorité