

ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT POMALIDOMIDE VIATRIS**1 mg, 2 mg, 3 mg, 4 mg - Version Mai 2024****A COMPLÉTER ET RENVOYER****par email à l'adresse : serviceclientshospital@viатris.com**

Le kit d'information prescripteurs et pharmaciens POMALIDOMIDE VIATRIS, élaboré en collaboration avec l'ANSM, a été mis à jour suite à la modification du Plan de Gestion des Risques du produit.

Nous vous remercions de bien vouloir accuser réception de ce kit en nous retournant au plus vite le présent document afin que nous puissions honorer votre prochaine commande de POMALIDOMIDE VIATRIS.

Pour rappel, seules les pharmacies hospitalières ayant accusé réception de la dernière version du kit, à savoir version **Mai 2024, seront autorisées à être approvisionnées en POMALIDOMIDE VIATRIS.**

Merci de compléter en majuscules les champs ci-dessous

 PHARMACIEN

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Merci de cocher l'une des cases ci-dessous si votre établissement fait partie des cas particuliers suivants :

- *Je centralise des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) :* OUI NON
- *Je suis approvisionné par un établissement centralisant des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) :* OUI NON - *Précisez lequel :*

* À compléter en majuscules

Cachet :

Date : __ / __ / ____

Signature :

 MÉDECIN, spécialité :

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

* À compléter en majuscules

Cachet :

Date : __ / __ / ____

Signature :