



Service de la pharmacienne  
cantonale  
Rue Adrien-Lachenal 8  
1207 Genève

## Formulaire de restriction de remise de médicament(s)

### *La restriction de remise de médicament(s) concerne :*

*Madame / Monsieur :* .....

*Nom :* .....

*Prénom :* .....

*Adresse/ no :* .....

*NPA/ Lieu :* .....

*Date de naissance :* .....

En accord avec mon médecin traitant, j'autorise l'autorité de surveillance à diffuser l'information de limitation de remise de la médication suivante :

*Produit(s) :* .....

Cette médication me sera remise uniquement par la pharmacie (*Nom et adresse*) :

.....

Et uniquement sur la prescription du Dr .....

Cette restriction est valable jusqu'au ..... (au plus 1 année après sa date d'établissement)

*Timbre du médecin traitant :*

Une circulaire d'information sera diffusée par la Pharmacienne cantonale dans toutes les pharmacies publiques du canton de Genève.  
Le Médecin cantonal se réserve le droit de contacter les médecins en cas de prescriptions simultanées par d'autres médecins.

Lieu/ date : .....Signature du/de la patient/e.....

**Formulaire à adresser à la pharmacienne cantonale : Fax 022/546 98 49  
ou [pharmacienne.cantonale@etat.ge.ch](mailto:pharmacienne.cantonale@etat.ge.ch)  
ou Service de la pharmacienne cantonale, rue Adrien-Lachenal 8, 1207 Genève**