Annexe III : 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**