

**ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT Lenalidomide Arrow®****Version Février 2024****A COMPLÉTER ET RENVOYER****par email à l'adresse : [hospital@laboratoire-arrow.com](mailto:hospital@laboratoire-arrow.com)****ou par fax: 04 72 72 60 93**

Le kit d'information prescripteurs et pharmaciens Lenalidomide 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 renvoyer l'accusé de réception de ce nouveau kit et de détruire les anciens kits en votre possession.

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

**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 :* .....

- A compléter en majuscules

Cachet :

Date : / /

Signature :

 **MEDECIN, 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 : .....

Cachet :

Date : / /

Signature :