

ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT POMALIDOMIDE EG

1 mg, 2mg, 3 mg, 4 mg - Version Juin 2025

A COMPLÉTER ET RENVOYER

par email aux adresses : Corinne.Puaud@eglabo.com ; Natalia.Avila@eglabo.com

Le **kit d'information prescripteurs et pharmaciens** POMALIDOMIDE EG, 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 prions de bien vouloir accuser réception de ce kit en nous retournant **au plus vite** le présent document afin que nous puissions honorer vos prochaines commandes de POMALIDOMIDE EG.

Pour rappel, seules les pharmacies hospitalières ayant accusé réception de la dernière version du kit, à savoir la version de **Juin 2025, seront autorisées à être approvisionnées en POMALIDOMIDE EG.**

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 :

☐ 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 :

- A compléter en majuscules

Cachet :

Date : —/— —/— —/—/—/—

Signature :

Signature :