














	COORDONNEES DES INTERVENANTS CRC-MHC <-> PHARMACIE D'OFFICINE DANS LE CADRE DE LA DISPENSATION D'EMICIZUMAB	MHEMO filière de santé maladies rares
		Date : 19/04/2021 Version n°1 Page : 1/1

<u>Coordonnées du patient</u>			
Nom : _____ Prénom(s): _____ Date de naissance : __/__/__ Adresse postale : _____ <div>  _____  _____ </div>			
<u>Coordonnées du Centre de Ressources et de Compétence des Maladies Hémorragiques Constitutionnelles (CRC-MHC)</u>			
Adresse postale : _____ _____ <div>  (heures ouvrables) _____  _____ </div> <div>  (hors heures ouvrables) _____ </div>			
Intervenants référents	Médecin	Pharmacien (si différent du pharmacien de rétrocession)	IDE(s) coordinatrice(s)
Nom/ prénom			
			
			
<u>Coordonnées de la Pharmacie Hospitalière de rétrocession</u>			
Adresse postale : _____ _____ <div>  _____  _____ </div>			
Nom du pharmacien référent : _____  _____  _____			
<u>Coordonnées de la Pharmacie d'officine</u>			
Adresse postale : _____ _____ <div>  _____  _____ </div>			
Nom du pharmacien référent : _____  _____  _____			