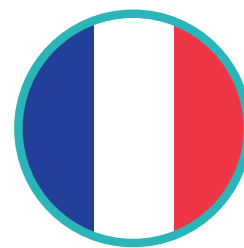


# ARZTBESCHEINIGUNG

## CERTIFICAT MÉDICAL À PRÉSENTER AUPRÈS DES AUTORITÉS COMPÉTENTES



Monsieur / Madame:

[Nom du patient]

---

Ce patient souffre d'un trouble sanguin appelé

---

caractérisé par une déficience (et / ou un dysfonctionnement) du facteur de coagulation

---

Je connais bien cette personne. En cas d'hémorragie interne ou externe, le patient réagit bien aux injections de concentrés de facteurs anti-hémophiliques à condition qu'elles soient réalisées rapidement - le produit suivant sera de préférence injective:

[Nom du concentré]

---

Les informations données par Monsieur / Madame

[Nom du patient]

---

concernant l'utilisation des concentrés de facteurs anti-hémophiliques et la quantité devant être administrée sont fiables et dignes de confiance.

Veillez agréer mes sincères salutations

[Signature, nom, titre du médecin]

---

---



Weitere hilfreiche Formulare unter [myhaemophilie.ch](https://www.myhaemophilie.ch)

A service provided by Takeda Pharma AG, 8152 Opfikon