



Demande d'autorisation exceptionnelle à l'OFSP pour la prescription de stupéfiants interdits (de type cannabique) dans le cadre d'une utilisation médicale limitée

cannaplant

MÉDECIN REQUÉRANT

Nom	Téléphone
Prénom	E-mail
Rue/Nr°	
Code postal/lieu	Lieu/date

Mesdames, messieurs,

Par la présente, je dépose une demande d'autorisation pour la prise d'une médication contenant le principe actif Δ -9-Tétrahydrocannabinol (THC) par le patient/la patiente nommé/e ci-après.

DONNÉES CONCERNANT LE PATIENT/LA PATIENTE

	F	M	
Nom			Rue/Nr°
Prénom			Code postal/lieu
Date de naissance			

INFORMATIONS MÉDICALES

Diagnostic

Thérapie suivie jusqu'à présent (médication spécifique), déroulement de la thérapie



cannaplant

Justification du traitement avec une préparation à base de cannabis

DESCRIPTION DE LA MÉDICATION

Préparation magistrale

Solution de dronabinol à 2,5%

CANNAPLANT Teinture de cannabis standardisée (env. 10mg THC/ml et env. 20mg CBD/ml)

CANNAPLANT Huile de cannabis standardisée (env. 10mg THC/ml et env. 20mg CBD/ml)

THC : Δ -9-Tétrahydrocannabinol, CBD : Cannabidiol

Principe actif

THC

THC et CBD

THC et CBD

Posologie/dosage

Durée du traitement : 6 mois pour commencer, la réussite du traitement est ensuite à vérifier.

PROVENANCE (PHARMACIE)

Production et livraison de la préparation de cannabis par la pharmacie suivante :

Bahnhof Apotheke Langnau AG

Dr. Manfred Fankhauser

Dorfstrasse 2

CH-3550 Langnau i.E.

Téléphone 034 402 12 55

Fax 034 402 25 35

fankhauser@cannabis-med.ch

PRISE EN CHARGE FINANCIÈRE DU TRAITEMENT

Les coûts sont pris en charge par l'assurance-maladie du patient/de la patiente

Oui

Nom de l'assurance-maladie :

Non

En cours de clarification



CONFIRMATION DU MÉDECIN

Je confirme par la présente :

- Avoir saisi les données en bonne et due forme.
- Etablir et soumettre à l'OFSP un rapport intermédiaire tous les 6 mois sur l'évolution du traitement ainsi qu'un rapport final.

Lieu/date

Signature du
médecin traitant

DÉCLARATION DE CONSENTEMENT DU PATIENT/DE LA PATIENTE

Je confirme par la présente que j'ai eu un entretien d'information avec le médecin, que je suis informé/e au sujet de la prise en charge financière et que je donne mon accord pour la prise d'un traitement avec une préparation à base de cannabis.

Nom

Date

Prénom

Signature

ADRESSE DE DÉPÔT DE LA DEMANDE D'AUTORISATION EXCEPTIONNELLE (AUCUN ENVOI PAR E-MAIL/FAX)

Confidentiel

Office fédéral de la santé publique OFSP
Division Prévention des maladies non transmissibles
Schwarzenburgstrasse 157
CH-3003 Berne
Suisse

Téléphone +41 58 465 37 82
betmg@bag.admin.ch

Informations pour les médecins

Expiration de l'autorisation

Une nouvelle demande de traitement doit être soumise au plus tard deux semaines avant l'expiration de l'autorisation, obligatoirement accompagnée d'un rapport intermédiaire sur le déroulement du traitement.

Interruption/fin du traitement

Toute interruption de traitement doit être annoncée et brièvement justifiée (décès, effets insatisfaisants, effets secondaires, etc.).

Informations générales

<https://www.bag.admin.ch/bag/fr/home/gesetze-und-bewilligungen/gesuche-bewilligungen/ausnahmebewilligungen-verbotene-betaeubungsmittel/ausnahmebewilligungen-beschaenkte-medizinische-anwendung.html>