

ATTESTATION D'INFORMATION SUR LES MODALITES DE PRESCRIPTION DE
L'HYDROXYCHLOROQUINE DANS LE CADRE D'UNE INFECTION AU NOUVEAU
CORONAVIRUS COVID-19

A FAIRE REMPLIR PAR LE (OU LA) PATIENT(E)

Je soussigné(e) Mr/Me/Melle (nom prénom)

A été informé(e) par l'équipe médicale :

- De la prescription d'hydroxychloroquine (Plaquenil®) dans le but de traiter mon infection par le nouveau coronavirus COVID-19.
- Que cette indication n'est pas celle pour laquelle ce médicament est habituellement commercialisé
- Des bénéfices attendus et des risques liés à cette prescription.

Fait le ____ / ____ / ____

Signature