

Formulaire de demande d'information médicale

INSTRUCTIONS :

1. Remplissez les sections A et B du formulaire. Les champs marqués d'un astérisque (*) sont obligatoires.
2. Inscrivez seulement **un** demandeur et **une** demande par formulaire.

*** Si cette demande est liée à un effet indésirable et/ou à une plainte sur un produit, signalez immédiatement l'incident à CSL Behring Canada Inc. à adversereporting@cslbehring.com, par téléc au 613-232-5031 ou sur la pagette au 613-783-1892.

A. Coordonnées du professionnel de la santé :

*Nom du demandeur :

Profession : Médecin Infirmier/ère Pharmacien/ne Technologue Autre _____

*Numéro de téléphone :

Numéro de télécopieur :

*Adresse :

*Ville :

*Province :

*Code postal :

*Courriel :

B. Demande d'information sur un produit :

*Produit (veuillez préciser) :

Description de la demande :

*Méthode de réponse préférée : Courriel Tél. Téléc. Poste

*Réponse requise : ≤4 jours ≥4 jours

C. Coordonnées du représentant (section à remplir par le représentant) :

En soumettant ce formulaire, j'atteste que la présente demande d'information a été formulée par le professionnel de la santé mentionné ci-dessus, et qu'il n'y a eu aucune forme de sollicitation de ma part.

*Nom du représentant :

*Numéro de téléphone du représentant :

*Signature :

*Date de la demande :