

Date de l'autorisation  
Date of certification

# AUTORISATION DE TRANSPORT

Certification to carry

12 Validité *Validity*

du *from* \_\_\_\_\_

au *to* \_\_\_\_\_

Numéro *Number*

1S  STUPÉFIANTS *Narcotic drugs*

1P  SUBSTANCES PSYCHOTROPES *Psychotropic substances*

## DANS LE CADRE D'UN TRAITEMENT MÉDICAL

*for Medical treatment*

Article 75 de la Convention d'application de l'accord de SCHENGEN  
*SCHENGEN agreement implementing Convention article 75*

**Veillez suivre les  
instructions au verso**  
*Please follow overleaf  
instructions*

### 2 AUTORITE DE DÉLIVRANCE COMPÉTENTE

*Accrediting authority*

Cachet de l'ARS *Stamp*

### 3 MÉDECIN PRESCRIPTEUR

*Prescribing doctor*

Nom, Prénom *Name, first name*

Adresse *Address*

Téléphone *Phone*

### A REMPLIR PAR LE BÉNÉFICIAIRE DE L'AUTORISATION DE TRANSPORT

*This form should be filled up by the beneficiary of the certification to carry*

4 Nom *Name*

Prénom *First name*

5 Date de naissance *Date of birth* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

6 Sexe *Sex* Masculin *Male*  Féminin *Female*

7 Etat de naissance  
*State of birth*

Ville *Town*

8 Nationalité *Nationality*

9 Numéro du passeport ou d'un autre document d'identité valable  
*Number of passport or other valid identification document*

10 Adresse en France *Address in France*

Code postal Commune

11 Durée du voyage *Duration of travel*

du *from* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_| au *to* |\_|\_|\_|\_|\_|\_|\_|

### MÉDICAMENT PRESCRIT *Prescribed drug*

13 Nom commercial ou préparation magistrale  
*Trade name or special preparation*

13 bis Forme pharmaceutique *Dosage form*

14 Substance active (dénomination commune internationale)  
*Active substance (international non proprietary name)*

15 Dosage *Dosage*

16 Posologie *Posology*

17 Quantité totale *Total quantity*

18 Durée de la prescription en jours (max. 30 jours)  
*Duration of prescription in days (max. 30 days)*

jours *days*

### 19 OBSERVATIONS ÉVENTUELLES

*Remarks if necessary*

### AGENT HABILITÉ À DÉLIVRER L'AUTORISATION

*Accrediting authority agent*

Cachet et signature *Stamp and signature*

*// est expressément recommandé de remplir ce formulaire au **stylo à bille***

## **L'accord de Schengen**

*Afin de faciliter la circulation des personnes qui bénéficient d'un traitement médical à base de certains médicaments stupéfiants ou contenant des substances psychotropes, l'article 75 de la convention d'application de l'accord de Schengen prévoit que ces personnes devront se munir, lors de leurs déplacements dans les États membres de la convention d'application de l'accord de Schengen, d'une autorisation de transport de ces médicaments.*

**Les États signataires de la convention d'application de l'accord de Schengen sont les suivants :**

**Allemagne, Autriche, Belgique, Danemark Espagne, Estonie, Finlande, France, Grèce, Hongrie, Islande, Italie, Lettonie, Liechtenstein, Lituanie, Luxembourg, Malte, Norvège, Pays-bas, Pologne, Portugal, Slovaquie, Slovénie, Suède, Suisse, République tchèque.**

**Pour la France, les dispositions de l'article 75 concernent donc les personnes résidant en France et se rendant dans l'un des vingt-cinq autres États signataires.**

## **La demande d'autorisation de transport**

1 - Le patient demande à l'agence régionale de santé (ARS) de la région où le médecin prescripteur est enregistré, ou où il exerce, un (1) formulaire par médicament prescrit.

2 - Le patient complète les rubriques 4 à 11 du formulaire, puis le transmet à l'agence régionale de santé (ARS).

### **Attention !**

Le patient doit joindre au formulaire l'original de l'ordonnance.

3 - L'ARS complète les rubriques relatives au médecin prescripteur et au médicament prescrit : rubriques 1, 3 et 13 à 18. L'ARS remplit également les rubriques la concernant spécifiquement : rubriques 2, 12 et 19, et porte la date (en haut du formulaire) et la signature de l'agent habilité (en bas).

4 - L'ARS renvoie au patient l'original de l'ordonnance après en avoir fait une copie ainsi que l'autorisation dûment validée. Elle archive une copie de l'autorisation de transport et une copie de l'ordonnance.

## **LES MÉDICAMENTS CONCERNÉS**

### **Stupéfiants**

ABSTRAL® – ACTIQ® – EFFENTORA® – DUROGESIC® – FENTANYL EG® – FENTANYL RATIOPHARM® – FENTANYL SANDOZ® – FENTANYL WINTHROP® – MATRIFEN® - DUROGESIC® – FENTANYL EG® – FENTANYL RATIOPHARM® – FENTANYL SANDOZ® – FENTANYL ACTAVIS® - FENTANYL BIOGARAN® – FENTANYL TEVA® – FENTANYL WINTHROP® – MATRIFEN® – FEDELBERNIL® - FENTANYL LABORATOIRE LAVIPHARM® – FENTANYL LAVIPHARM® – FENTANYL ACINO® - FENTANYL NYCOMED® – INSTANYL® – PECFENT® – SOPHIDONE LP® – PALLADONE LP® – DILAUDID® – SOSEGAN® – METHADONE AP-HP® – CONCERTA LP® – QUASYM LP® – RITALINE® – RITALINE LP® – ACTISKENAN® – SKENAN LP® – MORPHINE SULFATE LAVOISIER® - MOSCONTIN® – ORAMORPH® – SEVREDOL® – SULFATE DE MORPHINE ETHYPHARM® – SULFATE DE MORPHINE ETHYPHARM LP® – ZOMORPH LP® – MORPHINE CHLORHYDRATE AGUETTANT® – MORPHINE CHLORHYDRATE LAVOISIER® – MORPHINE CHLORHYDRATE RENAUDIN® – MORPHINE STADA LP® – XYREM® – OXYCONTIN LP® – OXYNORM® – OXYNORMORO® – TARGINACT® – PETHIDINE RENAUDIN®

### **Psychotropes**

SUBUTEX® – BUPRADEX® – BUPRELOR® – BUPRENORPHINE ARROW® – BUPRENORPHINE MYLAN® – BUPRENORPHINE SANDOZ® – BUPRENORPHINE TEVA® – BUPRENORPHINE BIOGARAN® – OPINORDIS® – SUBOXONE® – TEMGESIC® – RIVOTRIL® – TRANXENE® – ROHYPNOL®