

**DEMANDE DE PROPHYLAXIE DE L'INFECTION PAR LE VIRUS RESPIRATOIRE SYNCYTIAL SYNAGIS®
FORMULAIRE B – INDICATIONS NON PRÉAPPROUVÉES**

Adresse d'expédition de la première dose (si différente de l'adresse indiquée à la section B) :	Adresse d'expédition des doses subséquentes (si connue) :
--	--

C. INFORMATIONS SUPPLÉMENTAIRES DU MÉDECIN TRAITANT

Diagnostic (veuillez fournir des informations détaillées) : _____

D. OPINION DU MÉDECIN EXPERT

APPROUVÉ Diagnostic : _____

REFUSÉ Commentaires : _____

Pour les demandes de SYNAGIS®, veuillez envoyer ce formulaire dûment rempli par télécopieur à la Corporation AbbVie au 1 888 703-6967