

5. Demandes rétroactives

<p>Cette demande est-elle rétroactive ?</p> <p>Oui : <input type="checkbox"/></p> <p>Non : <input type="checkbox"/></p> <p>Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ?</p> <p>_____</p>	<p>Veillez indiquer la raison :</p> <p>Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë <input type="checkbox"/></p> <p>En raison d'autres circonstances exceptionnelles, il n'y a pas eu suffisamment de temps ou de possibilités pour soumettre une demande d'AUT avant la collecte de l'échantillon <input type="checkbox"/></p> <p>Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables <input type="checkbox"/></p> <p>Autre raison <input type="checkbox"/></p> <p>Veillez expliquer :</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
--	--

6. Demandes antérieures

<p>Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé?</p> <p>oui <input type="checkbox"/> non <input type="checkbox"/></p> <p>Pour quelle substance ou méthode ?</p> <p>_____</p> <p>Après de qui ? _____ Quand ? _____</p> <p>Décision : Approuvée <input type="checkbox"/> Refusée <input type="checkbox"/></p>
