

5. Demandes rétroactives

Cette demande est-elle rétroactive ? Oui : ☐ Non : ☐ Si oui, à quelle date le traitement a-t-il commencé ? _____	Veillez indiquer la raison : Urgence médicale ou traitement d'une pathologie aiguë ☐ 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 ☐ Demande avant utilisation de la substance non obligatoire en vertu des règles applicables ☐ Autre raison ☐ Veillez expliquer : _____ _____ _____
--	--

6. Demandes antérieures

Avez-vous déjà soumis une/des demande(s) d'AUT dans le passé? oui ☐ non ☐ Pour quelle substance ou méthode ? _____	
Auprès de qui ? _____ Quand ? _____	
Décision : Approuvée ☐ Refusée ☐	