



Laboratoire Arrow
26 avenue Tony Garnier
69007 Lyon

ACCUSÉ DE RÉCEPTION KIT Pomalidomide Arrow®

Version Juin 2025

A COMPLÉTER ET RENVOYER

par email à l'adresse : **hopital@laboratoire-arrow.com**

ou par fax: **04 72 72 60 93**

Le kit d'information prescripteurs et pharmaciens POMALIDOMIDE ARROW, élaboré en collaboration avec l'ANSM, a été mis à jour suite à la modification du Plan de Gestion des Risques du produit.

Nous vous remercions de bien vouloir accuser réception de ce kit en nous retournant au plus vite le présent document afin que nous puissions honorer vos prochaines commandes de POMALIDOMIDE ARROW.

Pour rappel, seules les pharmacies hospitalières ayant accusé réception de la dernière version du kit, à savoir version **Juin 2025**, seront autorisées à être approvisionnées en POMALIDOMIDE ARROW.

Merci de compléter en majuscules les champs ci-dessous

☐ PHARMACIEN

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

Merci de cocher l'une des cases ci-dessous si votre établissement fait partie des cas particuliers suivants :

- Je centralise des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : ☐ OUI ☐ NON
- Je suis approvisionné par un établissement centralisant des commandes pour d'autres PUI (plateforme logistique) : ☐ OUI ☐ NON Précisez lequel :

Cachet :

Date : / /

Signature :

☐ MEDECIN, spécialité :

Je soussigné(e) : * atteste avoir bien reçu le kit d'information, en avoir pris connaissance et m'engage à veiller au respect des éléments relatifs au plan de gestion des risques incluant le programme de prévention de la grossesse pour l'ensemble de mes patients.

Nom de l'établissement :

Adresse :

Code postal : Ville :

- A compléter en majuscules

Cachet :

Date : / /

Signature :