

**TEMOIGNAGE NOMINATIF DE  
PROCHE D'UTILISATEUR DU BACLOFENE**

---

**NOTICE**

*Que doit contenir votre témoignage nominatif :*

- racontez les difficultés de votre proche avec l'alcool avant de prendre du baclofène (ce que cela a causé à sa santé, à sa vie de famille et professionnelle)*
- la date depuis laquelle il ou elle prend du baclofène*
- les doses successives prises (jusqu'au maximum)*
- la dose de stabilisation (dose à laquelle il ou elle se sent bien et ne ressent plus le besoin de boire)*
- décrivez les bénéfices que votre proche tire du baclofène (abstinence, etc.) et racontez ce que cela a changé dans sa vie (les améliorations)*
- racontez ses difficultés pour en obtenir (avec un médecin, avec un pharmacien) depuis la décision de l'ANSM du 25 juillet 2017*
- décrivez ce qui se produit lorsqu'il ou elle arrête ou réduit le baclofène à des doses inférieures à celles dont il ou elle a besoin*

Collectif  
**BACLOHELP**.ORG

COLLECTIF BACLOHELP  
Site web : [BACLOHELP.ORG](http://BACLOHELP.ORG)  
Courriel : [contact@baclohelp.org](mailto:contact@baclohelp.org)

*- si votre proche est en rechute car il n'a plus assez de baclofène, décrivez ses symptômes, son ressenti, l'impact sur son psychisme et sa santé physique, sur ses proches, sur sa situation sociale et professionnelle*

*- joignez si possible la copie de ses ordonnances (avec son accord écrit ou en ayant masqué son nom)*

*- joignez toutes les preuves que vous estimerez importantes (justificatifs d'hospitalisation à cause de l'alcool, problèmes de santé dus à l'alcool, certificat du médecin ou du pharmacien qui a constaté que le baclofène lui apportait un réel bienfait, attestations d'autres de ses proches, etc., avec son accord écrit ou en ayant masqué son nom)*

*- n'oubliez pas de joindre la copie recto verso de votre pièce d'identité (votre témoignage n'a aucune valeur juridique sans cette pièce, mais n'ayez aucune crainte votre identité ne sera connue que du juge)*

***VOTRE TEMOIGNAGE NE SERA CONNU QUE DU JUGE.  
IL DEMEURERA STRICTEMENT CONFIDENTIEL ET NE  
SORTIRA PAS DE SON DOSSIER. PERSONNE D'AUTRE  
N'EN CONNAITRA JAMAIS LA TENEUR.***

*Après avoir rempli à la main votre témoignage, il vous suffira*

*de l'envoyer par mail à l'adresse suivante :*

***contact@baclohelp.org***

*puis par courrier à cette adresse :*

***COLLECTIF BACLOHELP  
Coordonnateur : Thomas MAËS-MARTIN  
23 rue Marie Stuart  
75002 PARIS***

***TEMOIGNAGE***

A l'arrière de cette feuille placez la copie recto verso de votre carte d'identité

**Je soussigné(e)**

NOM :  
Prénoms :  
Date de naissance :  
Lieu de naissance :  
Adresse :  
Profession :  
Numéro de téléphone pour vous joindre :  
Adresse courriel :  
Rapport avec le médicament baclofène (utilisateur, proche d'utilisateur, prescripteur, délivrant) :

**Certifie l'exactitude des faits et expériences suivants concernant le baclofène pour en avoir été le témoin direct :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je suis avisé(e) que cette attestation ou ce témoignage a été établie en vue de sa production en justice et j'ai connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'expose à des sanctions pénales.

Date :

**SIGNATURE**

Joindre la photocopie recto verso d'une pièce d'identité.  
Ecrire en entier, à la main de l'auteur de l'attestation

---

*Suite (si nécessaire) de votre témoignage :*

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Je suis avisé(e) que cette attestation ou ce témoignage a été établie en vue de sa production en justice et j'ai connaissance qu'une fausse attestation de ma part m'expose à des sanctions pénales.

Date :

**SIGNATURE**