

TEMOIGNAGE NOMINATIF D'UTILISATEUR DU BACLOFENE

NOTICE

Que doit contenir votre témoignage nominatif :

- racontez vos difficultés avec l'alcool avant de prendre du baclofène (ce que cela a causé à votre santé, à votre vie de famille et professionnelle)***
- la date depuis laquelle vous prenez du baclofène***
- les doses successives prises (jusqu'au maximum)***
- la dose de stabilisation (dose à laquelle vous vous sentez bien et ne ressentez plus le besoin de boire)***
- décrivez les bénéfices que vous tirez du baclofène (abstinence, etc.) et racontez ce que cela a changé dans votre vie (les améliorations)***
- racontez les 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 lorsque vous arrêtez ou réduisez le baclofène à des doses inférieures à celles dont vous avez besoin***

Collectif
BACLOHELP.ORG

COLLECTIF BACLOHELP
Site web : BACLOHELP.ORG
Courriel : contact@baclohelp.org

- si vous êtes en rechute car vous n'avez plus assez de baclofène, décrivez vos symptômes, votre ressenti, l'impact sur votre psychisme et votre santé physique, sur vos proches, sur votre situation sociale et professionnelle

- joignez si possible la copie de vos ordonnances

- joignez toutes les preuves que vous estimerez importantes (justificatifs d'hospitalisation à cause de l'alcool, problèmes de santé dus à l'alcool, certificat de votre médecin ou pharmacien qui a constaté que le baclofène vous apportait un réel bienfait, attestations de vos proches, etc.)

- 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

