



**CERTIFICAT DE DESTRUCTION DU
MEDICAMENT EXPERIMENTAL NON
UTILISE**

FormulaireRéf : **UPCO_-FOR-00789**

Version : 1

Date de fin de validité : 19/01/2026

Page 1 sur 1

SERVICE PHARMACIE

Cheffe de Service
DR MARIE ANTIGNAC

**UNITE FONCTIONNELLE
PRODUCTION**

Pharmacien Responsable
DR DOMINIQUE COMBEAU
01.42.17.72.91

**PHARMACIE CLINIQUE
EN ONCO-HEMATOLOGIE (UPCO)**

Pharmacienne
DR AUDE DESNOYER
01.42.17.85.21
Télécopie : 01.42.17.82.61

Date de monitoring : / /

ESSAI CLINIQUE :**PROMOTEUR :****SERVICE INVESTIGATEUR :****MEDECIN INVESTIGATEUR :**

Patient : Nom :

Prénom :

Date de naissance :

Dates de destruction prises en compte pour ce monitoring :

Du / / au / /

Copier- Coller ici le tableau incluant Nom produit / Numéro de lot / Péréemption / Date de dispensation / Nombre extrait de Chimio et mis en page

Je soussigné(e), _____, pharmacien à l'Unité de Pharmacie Clinique en Onco-Hématologie (UPCO), certifie que la destruction des médicaments cités ci-dessus a bien été effectuée aux dates précisées.

L'élimination suit la procédure des déchets chimiques dangereux de l'établissement par incinération à 1200° par la société retenue par Appel d'Offres à l'APHP.

Fait à Paris le

Signature :