

| 国家 哥斯达黎加 (日期: 2011年6月29日)                 |                                     |   |
|---|-------------------------------------|---|
| 所需证明文件<br>(即经执业医师或受权卫生主管部门签发/<br>批准的证明文件) | 限制<br>(即质量和(或)<br>数量方面的限制)          | 国家主管当局<br>(欲了解进一步详情,<br>请与国家主管当局联系)               |
| a) 有效的医学处方                                | 天数 / 数量/剂量                          | 姓名:   |
| <input checked="" type="checkbox"/>       | 麻醉药品                                | 地址: <b>Health Surveillance Directorate</b>        |
| b) 居住国卫生主管部门核准的医生证明                       |                                     | <input type="checkbox"/>                          |
| c) 目的地国卫生主管部门签发的证明                        | <input type="checkbox"/>            | 传真: <b>00506-2257-7827</b>                        |
| d) 向目的地国海关出示原始处方                          | <input checked="" type="checkbox"/> | 电子邮件:<br><b>fsaborio_@ministeriodesalud.go.cr</b> |
| e) 如有其他类型的文件, 请说明                         | <input checked="" type="checkbox"/> |   |
| - 身份证件                                    | 精神药物                                |   |
| - 主治医师在前三个月内签发的健康报告<br>(病案分析)             | 1个月                                 |   |
| - 购买药品的收据复印件(如适用)                         | 1个月                                 |   |
| - 所有文件均须译成西班牙文                            | 被禁药物名单。如有被禁药物, 请注明                  |   |
|   | 《1961年公约》附表四所列麻醉<br>药品和芬太尼安瓿。       |   |
|   | 其他信息                                |   |
|   | 疗程在一个月以上的, 必须经麻醉<br>品监督委员会评估        |   |