



Hôpital de Montmagny Téléphone : 418-248-0630

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE EXTERNE

DATE ET HEURE _____

No de dossier, nom de l'usager et date de naissance

Allergie(s) : _____ Poids : _____ kg

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom de la pharmacie : _____ Télécopieur : _____

Date et heure de la transmission : ____ / ____ / ____ ____ : ____ à partir de l'unité de soins : _____

Ordonnance/modification à appliquer : au prochain service (délai maximal de ____ jours) OU dès maintenant

Concernant la cueillette ou livraison : Contacter le patient OU Le patient contactera la pharmacie

Autre information pertinente :

**** Aucun renouvellement pour les stupéfiants, inscrire la quantité totale désirée et la quantité à servir à la fois (fractionnement), le cas échéant.**

Signature du prescripteur : _____ Nº de permis : _____

pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé que tout usage, copie ou distribution de ce message est strictement interdit.

DOSSIER PHARMACOLOGIQUE

