Centre intégré
de santé et de services
sociaux de Chaudière-
Appalaches
Québec

Hôpital de Thetford Mines Téléphone : 418-338-7777

ORDONNANCE PHARMACEUTIQUE EXTERNE

DATE ET HEURE : _____

Allergie(s) : _____ Poids : _____ kg

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

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom de la pharmacie : _____ Télécopieur : _____

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

Nom du médicament Posologie et fréquence	Quantité	Renouvellement** (Nbre)	Code exception RAMQ (si applicable)

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 : _____

CONFIDENTIALITÉ : L'information apparaissant dans ce document est de nature légalement privilégiée et confidentielle. Si ce document vous est parvenu par erreur et que vous n'êtes pas le destinataire visé, vous êtes par la présente avisé que tout usage, copie ou distribution de ce message est strictement interdit.

DOSSIER PHARMACOLOGIQUE