

Nom et prénom de l'utilisateur

N° de dossier

Date de naissance (aaaa / mm / jj)

DEMANDE DE MÉDICAMENTS POUR CONGÉ TEMPORAIRE, TRANSFERT, DÉPART

Installation : _____

Date : 20____-____-____
aaaa-mm-jj

Médication à préparer et à remettre par le personnel infirmier :
- format multidoses (crèmes, gouttes ophtalmiques, inhalateurs, etc.) déjà identifiés au nom de l'utilisateur

Congé temporaire

Départ : Date : 20____-____-____
Heure : ____ : ____

Retour : Date : 20____-____-____
Heure : ____ : ____

Médication régulière sera servie pour la durée du congé temporaire (sachet multidoses)

Transfert temporaire pour examen (si IUCPQ voir formulaire spécifique)

Départ : Date : 20____-____-____
Heure : ____ : ____

Retour : Date : 20____-____-____
Heure : ____ : ____

Médication régulière sera servie pour la durée du transfert temporaire (sachet unidose)

Départ vers un milieu de vie

Départ vers CHSLD, CHSLD-PC
avec contrat CISSS-CA, MDAA

Exceptionnellement lorsque transfert non prévu ayant lieu après 15 h
ou lors de fin de semaine/férié :
 Distribution médicament requise jusqu'au dîner inclus du prochain jour de
semaine

Départ vers domicile ou autre milieu
de vie

Aucune distribution requise.
En cas de situation exceptionnelle, contacter le département de pharmacie.

Aucune distribution requise lorsque BCM de départ transmis avant 15 h la semaine le jour du transfert.
Lors de distribution, la médication est servie en sachets unidose.

Si des médicaments au besoin (PRN) sont requis, compléter le tableau en précisant la quantité requise :

Médicament (PRN)	Quantité (évaluée selon le besoin réel de l'utilisateur)

Signature du professionnel effectuant la demande : _____ Date : 20____-____-____