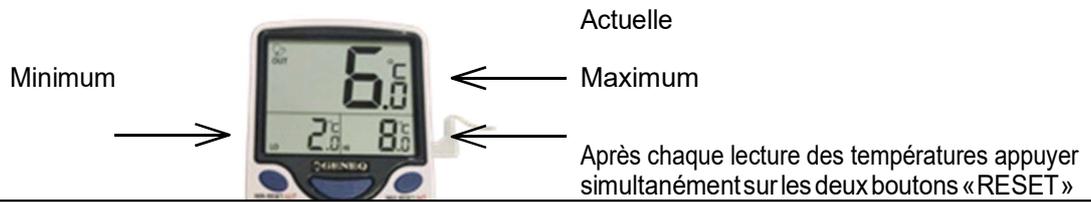


# RELEVÉ DE TEMPÉRATURES

Nom de l'établissement : \_\_\_\_\_ Mois : \_\_\_\_\_ Année : \_\_\_\_\_

Réfrigérateur (identification): \_\_\_\_\_ (localisation): \_\_\_\_\_



**SI UNE DES TEMPÉRATURES AFFICHÉE EST MOINS DE 2 °C OU PLUS DE 8 °C, SUIVRE LA PROCÉDURE EN CAS DE BRIS DE LA CHAÎNE DE FROID.**

## INSCRIRE LES TEMPÉRATURES ACTUELLE, MINIMALE ET MAXIMALE 2 FOIS PAR JOUR

Date	AM					PM					Commentaires
	Températures					Températures					
	Heure	Actuelle	Min.	Max.	Init.	Heure	Actuelle	Min.	Max.	Init.	
1											
2											
3											
4											
5											
6											
7											
8											
9											
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
21											
22											
23											
24											
25											
26											
27											
28											
29											
30											
31											
Signature de la personne responsable : _____											Date : JJ / MM / A A

Retourner le relevé de température rempli par courriel : [secretariat.pharmacie.hmr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca](mailto:secretariat.pharmacie.hmr.cemtl@ssss.gouv.qc.ca)

Les relevés de température sont conservés pour une durée de 4 ans.