

**NARCOTIQUES
ET MÉDICAMENTS CONTRÔLÉS**

Localisation : _____ Installation : _____ Date : _____

Médicament et format : _____ Date de péremption : _____
Quantité servie : _____

Préparé par (ATP) :	Validé par (PHM) / délégataire:	Reçu par (INF) :

	Date	Hre	Nom du patient	Médecin	Quantité			Signatures		
					Donnée (mg)	Jetée (mg)	Solde	Inf.	Témoin 1	Témoin 2
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										

Qté retournée: _____ Signature infirmière : _____ Date : _____ AT Pharmacie : _____

**SI LIQUIDE, SOLUTÉ OU ACP (analgésie contrôlée par le patient).
INSCRIRE LES QUANTITÉS EN ML ET ENREGISTRER TOUT RETRAIT ET/OU DESTRUCTION.**