

DEMANDE DE MÉDICAMENTS AU COMMUN

Unité de soins ou clinique : _____ Téléphone : _____

Nom du produit : _____ Quantité désirée : _____

Présentation : _____

Raison de la demande :

Nom de l'infirmière en caractère d'imprimerie : _____

Date : _____

IC ou AIC avisée : _____

Veillez acheminer votre formulaire avec votre prochain cahier de communs ou nous le faire parvenir, au secrétariat du département de pharmacie, par télécopieur au numéro téléphonique : 514-252-3450.

Prévoir un délai de 15 jours pour la réponse. Merci.

Réponse de la pharmacie :

Demande acceptée : produit sera servi et ajouté à votre prochaine liste

Demande refusée (raison) : _____

Approuvée par : _____ Date : _____