

Unité de soins : _____

REQUÊTE DE SERVICE DE MÉDICAMENTS MANQUANTS - HMR

- Utiliser une seule section par demande
- Télécopier la requête à la pharmacie

*Pour apporter des modifications sur la FADM, utiliser les post-it pré imprimés disponibles au Service des approvisionnements.
« Code GRM : 3000002000 »*

Date /heure : _____

# Dossier	Nom patient	Médicament	Transfert unité	Qté épuisée ou manquante

Date /heure : _____

# Dossier	Nom patient	Médicament	Transfert unité	Qté épuisée ou manquante

Date /heure : _____

# Dossier	Nom patient	Médicament	Transfert unité	Qté épuisée ou manquante