ANNEXE 5

Centre de santé et de services sociaux
Lucille-Teasdale

Bon de commande de pharmacie : Drogues contrôlées

Préparé par :	Vérifié par :

Installation : _____ Unité : _____ Date : ____/____/____ Commandé par : _____

Nom du narcotique	Quantité		
	Nord-Est	Centre	Sud-Ouest
ATIVAN 0.25MG			
ATIVAN 0.5 MG			
ATIVAN 1.0 MG			
ATIVAN 2.0 MG			
ATIVAN SIL 0.5 MG			
ATIVAN 4 MG/ML			
RESTORIL 15 MG			
RESTORIL 30 MG			
RIVOTRIL 0.25 MG			
RIVOTRIL 0.50 MG			
RIVOTRIL 1.0 MG			
RIVOTRIL2.0 MG			
SERAX5MG			
SERAX10MG			
SERAX7.5MG			
SERAX15MG			
SERAX30MG			

Nom du narcotique	Quantité		
	Nord-Est	Centre	Sud-Ouest
VALIUM 2.5 MG			
VALIUM5MG			
VALIUM 5 MG/ML			
VERSED 5 MG/ML			

Signer le document « Confirmation de réception des narcotiques » et le retourner à la pharmacie.

Merci !