Centre de santé et de services sociaux
Lucille-Teasdale

Préparé par :	Vérifié par :

PHARMACIE Réquisition

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

Renouvellement Rx (au résident)

No chambre	Nom du résident	Médicament	Quantité

Changement d'horaire

No chambre	Nom du résident	Médicament	Ancien horaire	Nouvel horaire

Congé ☐ OU Départ ☐ Lieu : _____ Nom : _____ Chambre : _____ De :_____h À : _____h Du :_____ Au :_____	Congé ☐ OU Départ ☐ Lieu : _____ Nom : _____ Chambre : _____ De :_____h À : _____h Du :_____ Au :_____