

### Formulaire d'inscription ET D'ORDONNANCE des médicaments TROUSSE DE MÉDICAMENTS

|   |  |  |
|---|--|--|
| Site no. 1 <input type="checkbox"/><br>Centre d'hébergement<br>Jeanne-Leber<br>7445, rue Hochelaga<br>Montréal (QC) H1N 3V2<br>Téléphone : 514-251-6026<br>Télécopieur : 514-251-8849 | Site no. 2 <input type="checkbox"/><br>Hôpital Fleury<br>2180, rue Fleury Est<br>Montréal (QC) H2B 1K3<br>Téléphone : 514-383-5053<br>Télécopieur : 514-858-2440 | Site no. 3 <input type="checkbox"/><br>Centre d'hébergement Jacques-Viger<br>1051, rue St-Hubert<br>Montréal (QC) H2L 3Y5<br>Téléphone : 514-842-7180 poste 7070<br>Télécopieur : 514-842-1957 |
|---|--|--|

|   |
|---|
| Nom du patient : _____                            |
| N.A.M. : _____                                    |
| <b>Adresse :</b> _____ <b>code postal :</b> _____ |
| Téléphone : _____ Date de naissance : _____       |

|  |
|--|
| <b>Allergies :</b> _____ <b>Intolérances :</b> _____ |
| Pharmacie communautaire: _____                       |
| Adresse : _____                                      |
| Téléphone : _____ Télécopieur : _____                |

|                                       |
|---------------------------------------|
| Médecin prescripteur: _____           |
| Adresse : _____                       |
| Téléphone : _____ Télécopieur : _____ |

| DATE | HEURE | NOM du médicament | DOSE, VOIE D'ADMINISTRATION, FRÉQUENCE | DOSE servie (mg) | DOSE détruite (mg) |
|------|-------|-------------------|--|------------------|--------------------|
|      |       |                   |  |                  |                    |
|      |       |                   |  |                  |                    |
|      |       |                   |  |                  |                    |

|  |                            |                               |
|--|----------------------------|-------------------------------|
| _____<br>Signature infirmière          | _____<br>Signature médecin | _____<br>Signature pharmacien |
| _____<br>Nom en caractère d'imprimerie | _____                      | _____                         |