

COMMANDE DE PHARMACIE : Traitement immédiat

INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

No dossier	Nom du résident	Médication	Fréquence/Posologie	Quantité

Début : _____ Heure : _____ Pour _____ Nb de jour _____ Choix : ____ *

INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

No dossier	Nom du résident	Médication	Fréquence/Posologie	Quantité

Début : _____ Heure : _____ Pour _____ Nb de jour _____ Choix : ____ *

INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

No dossier	Nom du résident	Médication	Fréquence/Posologie	Quantité

Début : _____ Heure : _____ Pour _____ Nb de jour _____ Choix : ____ *

INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

No dossier	Nom du résident	Médication	Fréquence/Posologie	Quantité

Début : _____ Heure : _____ Pour _____ Nb de jour _____ Choix : ____ *


INSTALLATION : _____ UNITÉ : _____ DATE : _____ Signature : _____

No dossier	Nom du résident	Médication	Fréquence/Posologie	Quantité

Début : _____ Heure : _____ Pour _____ Nb de jour _____ Choix : ____ *

* Choix 

- Dépannage 1
- Pharmacien de garde 2 514-218-1850
- Pharmacie Jean-Guy Morin 3 514-254-7513
- Hôpital Maisonneuve-Rosemont 4 514-252-3400, poste 4139

 **Note 1 :** Aviser la pharmacie Jean-Guy Morin d'inscrire l'unité et le nom de l'utilisateur sur le bon de livraison.

Note 2 : Le formulaire doit être télécopié au service de pharmacie par l'unité de soins à chaque changement de quart de travail.

Télocopiée le : _____ Par : _____