Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de l'Est-de-
l'Île-de-Montréal
Québec

Formulaire de commande de médicaments manquants

Faire parvenir cette demande au département de pharmacie par télécopieur au (514) 490-2403.
Les demandes télécopiées avant 11h00 seront traitées le jour même.

Utiliser une nouvelle feuille de commande à chaque jour.

CHSLD : ❑ **Polonais** ❑ **J.F. Perrault** ❑ **St-Michel**

UNITÉ DE VIE :_____ **DATE :**_____

CHAMBRE	NOM DU RÉSIDENT	MÉDICAMENT REQUIS (NOM, FORCE & FORME PHARMACEUTIQUE)	QUANTITÉ	HRE ADM.*

**À spécifier pour les comprimés et les capsules.*

Signature : _____ **Télécopié le (date/heure)** : _____

Médicaments pour sortie

Nom du résident : _____ **Chambre :**_____

Date du départ (AA/MM/JJ) :_____ **Heure du départ :** _____**h**

Date du retour (AA/MM/JJ):_____ **Heure du retour :** _____**h**