

SERVICE EXTERNE : FEUILLE D'ENREGISTREMENT – SUBSTANCES CIBLÉES, NARCOTIQUES OU DROGUES CONTRÔLÉES

Nom générique du médicament, présentation (co, inj. etc.) et teneur (mg ou autre) : \_\_\_\_\_

Département/service externe : \_\_\_\_\_

|           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| IMPORTANT | Le décompte doit être fait quotidiennement. Inscrire toute perte accidentelle (dose contaminée), dose excédentaire jetée ou dose retournée à la pharmacie communautaire dans la section « Dose jetée (j) / retournée (r) ». Effectuer les démarches requises pour assurer le rebut et/ou le remplacement sécuritaire de la dose, le cas échéant. |
|-----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

|      | Réception |                           |      |                          |                    |     | Vérifications quotidiennes |           |      |           | Administration |           |           | Dose jetée (j) /retournée (r) |           |       |                            |
|------|-----------|---------------------------|------|--------------------------|--------------------|-----|----------------------------|-----------|------|-----------|----------------|-----------|-----------|-------------------------------|-----------|-------|----------------------------|
| Date | Initiales | Nom et prénom de l'usager | RAMQ | Pharmacie (nom, adresse) | Teneur (mg ou mcg) | Qté | Date                       | Initiales | Date | Initiales | Date           | Dose (mg) | Initiales | Date                          | Dose (mg) | j / r | Initiales (2 intervenants) |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |
|      |           |                           |      |                          |                    |     |                            |           |      |           |                |           |           |                               |           |       | /                          |

| Signature | Initiales | Signature | Initiales | Signature | Initiales |
|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|-----------|
|           |           |           |           |           |           |
|           |           |           |           |           |           |