

1. Description du médicament

Nom : _____ Concentration ou teneur : _____
Forme pharmaceutique : _____
Quantité manquante : _____ Numéro de feuille d'enregistrement : _____

2. Description de la démarche pour retrouver le médicament manquant

3. Signatures

Infirmier(e) en charge

Nom (en lettres moulées) : _____ Signature : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Infirmier(e) témoin

Nom (en lettres moulées) : _____ Signature : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

Pharmacien ou ATP de l'équipe des narcotiques

Nom (en lettres moulées) : _____ Signature : _____ Date : _____
AAAA-MM-JJ

IMPORTANT

Retourner ce formulaire dûment rempli avec sa feuille d'enregistrement à la pharmacie.