

Installation : _____

Dossier : _____

Nom, prénom : _____

Date de naissance : _____ ☐ F ☐ M
aaaa/mm/jj

NAM : _____ Exp. _____
aaaa/mm

Nom, prénom de la mère : _____

REGISTRE DE DISTRIBUTION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom des médicaments, dosage et heure : _____

Date aaaa/mm/jj	Heure (hh:mm) de distribution	Notes	Initiales

Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales