

HÔPITAL ANNA-LABERGE

DÉPARTEMENT DE PHARMACIE

CERTIFICAT DE PERTE DE STUPÉFIANTS OU DROGUES CONTROLÉES

DATE : _____

NOM DU MÉDICAMENT : _____

CONCENTRATION : _____

QUANTITÉ : _____

NUMÉRO DE TRANSACTION : _____
(Feuille de distribution)

RAISON : Brisé ☐

Perdu ☐

Contaminé ☐

Refusé ☐

EXPLICATION _____

UNITÉ DE SOINS : _____

SIGNATURE DE L'INFIRMIERE : _____

SIGNATURE DU TÉMOIN : _____

SIGNATURE DU PHARMACIEN : _____

NUMÉRO DE PRATIQUE : _____

IMPORTANT:

S.V.P. Retourner à la pharmacie cette feuille dûment remplie dès que vous constatez ces anomalies.

Retourner aussi les ampoules ou capsules brisées, contaminées ou inutilisables.