Centre intégré
de santé
et de services sociaux
de la Montérégie-Ouest
Québec

FEUILLE D'ENREGISTREMENT
SUBSTANCES CIBLÉES, NARCOTIQUES OU DROGUES CONTRÔLÉES

Servi le (AAAA-MM-JJ) : _____

Nom du médicament : _____

Quantité servie : _____

Remarque : _____

Département : _____

IMPORTANT
Inscrire toute perte accidentelle (dose contaminée) dans la section et les initiales du témoin
Acheminer le médicament contaminé à la pharmacie

Servi par : _____

Infirmier(ère) à la réception : _____

Date	Heure	Nom et prénom de l'usager	Dose (en caps, co, fiole)			Solde	Médecin	Signature infirmière
			Donnée	Jetée	Témoin			
Réservé à la pharmacie			Solde : _____ # Retour : _____				Reçu par : _____	