

PROFIL PHARMACOLOGIQUE (F.A.D.M.)

Allergie (s) : _____ **Remarques :** _____

** Valide le _____ de 00:00 à 23:59**		00:00 à 07:59	08:00 à 15:59	16:00 à 23:59
Nom générique du médicament/ teneur / fréquence / Voie d'administration				
Init : _____ heure : _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales			
Init : _____ heure : _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales			
Init : _____ heure : _____	Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales			

DOSSIER : _____

Initiales	Signature	Initiales	Signature	Initiales	Signature
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

P 2 de 2