

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

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

** Valide le _____ de 00:00 à 23:59**		00:00 à 07:29	07:30 à 15:29	15:30 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			

NOM, PRÉNOM : _____

DOSSIER : _____

*** Valide le _____ de 00:00 à 23:59**		00:00 à 07:29	07:30 à 15:29	15:30 à 23:59
Nom générique du médicament/ teneur / fréquence / Voie d'administration				
<i>Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales</i> Init : _____ heure : _____				
<i>Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales</i> Init : _____ heure : _____				
<i>Apposer l'étiquette de la pharmacie et vos initiales</i> Init : _____ heure : _____				

Initiales Signature

Initiales Signature

Initiales Signature

(R) REFUS (AR) AUTRE RAISON (RX) RAYON-X (SO) SALLE D'OPERATION (AA) AUTO_ADMINISTRATION

P 2 de 2