

Date : _____

Direction de sante publique
1255, rue Beauregard
Longueuil (Québec) J4K 2M3

Transmission confidentielle par télécopieur

Nom du pharmacien : _____

Téléc. : _____ Date : _____ Hr : _____

Nom : _____

Prénom : _____

DDN : _____ RAMQ : _____

Adresse :

Ordonnance:

Dr : _____ No. Permis : _____

Tél. : _____ Téléc. : 450-928-3023

Signature : _____

Répétez () fois à () jours d'intervalle Ne pas répéter ()

Certification du prescripteur

Je certifie que :

- cette ordonnance est une ordonnance originale
- le pharmacien identifié précité est le seul destinataire
- l'original ne sera pas réutilisé

Livrer avec étiquette et fermoir de sécurité

L'étiquette de sécurité doit comprendre :

- Le nom générique ou commercial de la préparation
- La teneur du médicament
- La quantité livrée