

# REGISTRE CONCERNANT LA REDISTRIBUTION DE LA NALOXONE POUR USAGERS NE POUVANT SE RENDRE EN PHARMACIE

Nom de l'intervenant désigné : \_\_\_\_\_  
En lettres moulées

Nom du centre ou organisme : \_\_\_\_\_  
En lettres moulées

|    | Quantité de trousse redistribuée     | Endroit où le produit a été redistribué | Date       | Heure |
|----|--------------------------------------|-----------------------------------------|------------|-------|
|    | Trousse de deux vaporisateurs nasaux | Adresse                                 | aaaa/mm/jj | hh:mm |
| 1  |                                      |                                         |            |       |
| 2  |                                      |                                         |            |       |
| 3  |                                      |                                         |            |       |
| 4  |                                      |                                         |            |       |
| 5  |                                      |                                         |            |       |
| 6  |                                      |                                         |            |       |
| 7  |                                      |                                         |            |       |
| 8  |                                      |                                         |            |       |
| 9  |                                      |                                         |            |       |
| 10 |                                      |                                         |            |       |
| 11 |                                      |                                         |            |       |
| 12 |                                      |                                         |            |       |
| 13 |                                      |                                         |            |       |
| 14 |                                      |                                         |            |       |
| 15 |                                      |                                         |            |       |
| 16 |                                      |                                         |            |       |
| 17 |                                      |                                         |            |       |
| 18 |                                      |                                         |            |       |
| 19 |                                      |                                         |            |       |
| 20 |                                      |                                         |            |       |
| 21 |                                      |                                         |            |       |
| 22 |                                      |                                         |            |       |
| 23 |                                      |                                         |            |       |
| 24 |                                      |                                         |            |       |
| 25 |                                      |                                         |            |       |

Je certifie que l'information contenue dans ce registre est véridique

Signature : \_\_\_\_\_ Date : \_\_\_\_\_

Quand 80 % des trousses ont été distribuées, vous pouvez en recommander par courriel :

HAL : [pharmacie.achats.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:pharmacie.achats.jr.cisssmo16@ssss.gouv.qc.ca)

Suroît : [phaachat.cissssuroit16@ssss.gouv.qc.ca](mailto:phaachat.cissssuroit16@ssss.gouv.qc.ca)