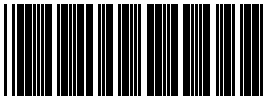
ORDONNANCES MÉDICALES


DT9062

Date de naissance (Année / Mois / Jour)	N° chambre	N° de dossier
Nom et prénom à la naissance		
Nom usuel ou nom du conjoint		
Adresse		
Code postal	Téléphone (ind. rég.)	Sexe M ☐ F ☐
N° d'assurance maladie	Nom du médecin traitant	

Nom de l'établissement : _____

_____

Allergie médicamenteuse : _____

Grossesse : oui ☐ non ☐ non déterminée à ce jour ☐

Date et heure (Année Mois Jour)		Notes du pharmacien

Nom de l'usager	N° de dossier

Date et heure Année Mois Jour		Notes du pharmacien