

REGISTRE DE DISTRIBUTION ou D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ École : _____ Niveau : _____
 (aaaa/mm/jj)

À l'usage du personnel qui distribue ou administre le médicament

NOM DU MÉDICAMENT										
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									
	Dose									
	Date									
	Heure									
	Initiales									

Particularités :

REGISTRE DE DISTRIBUTION ou D'ADMINISTRATION DE MÉDICAMENTS PRESCRITS

Nom : _____ Prénom : _____

Date de naissance _____ École : _____ Niveau : _____
 (aaaa/mm/jj)

À l'usage du personnel qui distribue ou administre le médicament

NOM DU MÉDICAMENT											
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										
	Dose										
	Date										
	Heure										
	Initiales										

Particularités :

