

Ordonnance pour préparation de magistral
pour les maisons de retraite
par Fax au 0800 200 415



Données du patient

Modifications/Adresse de livraison

| | | | |
|--|----------|---------|-------|
| Nom: | | | |
| Prénom: | | | |
| Adresse: | | | |
| Lieu: | | | |
| Sexe: | masculin | féminin | |
| Date de naissance: | Jour | Mois | Année |
| Assureur: | | | |
| Assureur complémentaire, si différent: | | | |
| Numéro de carte d'assuré: | | | |
| N° AVS: | | | |

Ordonnance

Motif du traitement

| | | | | |
|------------------------|--------|--------|---------|-----------------------------|
| Ordonnance unique | | | | Maladie |
| Ordonnance permanente: | 3 mois | 6 mois | 12 mois | Accident. Date d'événement: |
| | | | | Autre |

| Date | Nombre d'emballages | Médicament | Dose prescrite |
|------|---------------------|------------|----------------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

Livraison à

Facturation à

| | |
|----------------------|----------|
| Patient | Patient |
| Adresse de livraison | Assureur |

Cachet: / Signature: _____

Numéro GLN: _____

Date: _____