HÔPITAL DU SACRÉ-CŒUR
DE MONTRÉAL
HSCM *Doués pour la vie*

DEMANDE DE NARCOTIQUE
AU NOM DU PATIENT

(Poste : 2193 - **Multifonction : "Dossier Réseau", bouton Pharmacie)**

Département : _____ **Date :** _____

# DOSSIER	NOM DE FAMILLE DU PATIENT	MÉDICAMENT FORCE / DOSAGE	QUANTITÉ RESTANTE

Pour la pharmacie Préparé par : _____ Vérifié par : _____

AUCUN RESERVICE AUTOMATIQUE

Compléter le formulaire "*Demande de narco au nom du patient*" tous les lundis et vendredis matins pour couvrir les prochains 4 jours ou si quantité insuffisante pour 48 heures.