

DATE:		PATIENT:			MEDECIN:			
Payé / Non payé		Heure de délivrance:			Emballage personnalisé: Oui / Non			
Composants:		Quantité:	Nombre:	Pesée:	OK?	N° lot:	Rangé	Commandé
1.	:		X					
2.	:		X					
3.	:		X					
4.	:		X					
5.	:		X					
6.	:		X					
7.	:		X					
8.	:		X					
9.	:		X					
10.	:		X					
			TOTAL					
Forme galénique:					Accessoire:			
Texte libre / Mode opératoire:								
Nombre / Quantité:								
Emballage:					Etiquetage légal:			
Numéro magistral:					Etiquetage usuel:			
Numéro de la prescription:					Usage:			
Préparateur:					Responsable:			