

Prescription orale



Nom prescripteur	Nom patient
Adresse	Sexe - Poids
Qualité	Age si - de 15 ans
RPPS	
Nom Médicament 1 dosage	
voie - forme galénique	durée
Posologie - recommandations.	
Nom Médicament 2 dosage	
voie - forme galénique	durée
Posologie - recommandations.	
Nom Médicament 3 dosage	
voie - forme galénique	durée
Posologie - recommandations.	
Date signature prescripteur	

**La prescription orale
doit rester
exceptionnelle**

Régularisation écrite du medecin
prescripteur dans les **24h**

Demande un avis médicale

Informatisation de l'ordonnance

Archiver le SMS dans fichiers associés - ordonnances

Administrer
En fonction de la prescription
SMS du médecin

Tracer

Confirmation SMS
Avec posologie
immédiatement après l'appel

Nom prescripteur
Adresse
Qualité
RPPS

Nom patient
Sexe - Poids
Age si - de 15 ans

Nom Médicament 1 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

Nom Médicament 2 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

Nom Médicament 3 dosage
voie - forme galénique
Posologie - recommandations. durée

Date signature prescripteur

[illegible]



Service logistique - pharmacie