

Prescription orale



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



Service logistique - pharmacie