Prescription orale





Nom prescripteur

Adresse Qualité RPPS

Nom patient
Sexe - Poids
Age si - de 15 ans

Nom Médicament 1 dosage

durée

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

voie - forme galénique Posologie - recommandations. durée

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

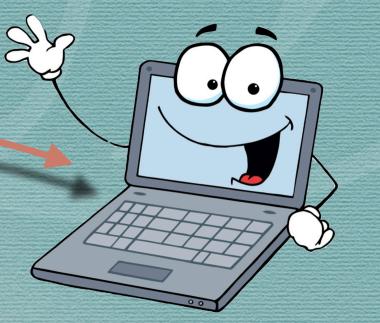
durée

Date signature prescripteur

La prescription orale doit être confirmée par doit être confirmée par une prescription écrite



Informatisation de l'ordonnance



Régularisation par une ordonnance envoyée par SMS/logiciel métier



Archiver le SMS dans fichiers associés - ordonnances



Confirmation avec une
Ordonnance par SMS/mail/
Logiciel métier
Avec posologie
immédiatement après l'appel



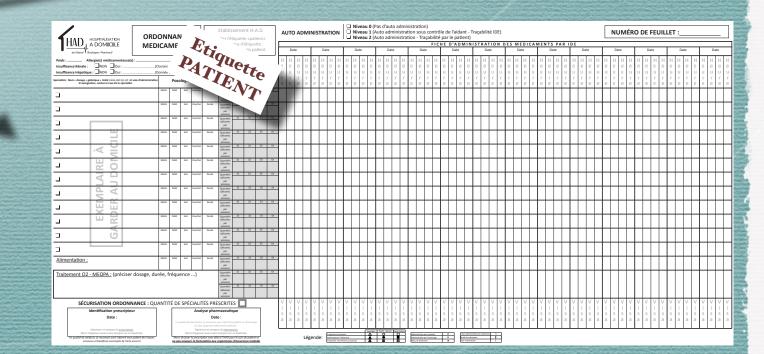
Administrer
En fonction de **l'Ordonnance**du médecin



Demande un avis médicale

Tracer
Horodatage/ Réf de

1'Ordonnance et
transmission





Service logistique - pharmacie