|  |
| --- |
| ***Procès-verbal de remise d'urgence d'un médicament selon l'OCStup, art. 52*** ***(à remplir en caractère d'imprimerie et à nous retourner par courrier ou par fax)*** |
| 1. | **Indications relatives au patient/à la patiente**Nom :  |       |
| Prénom : |       |
| Année de naissance : |       |
| Adresse (rue, numéro de la maison, ville) : |       |
| Par quel moyen l’identité annoncée a pu être vérifiée ?(si la vérification de l’identité n’est pas possible, la remise de médicament n’est pas admise) |       |
| 2. | **Indications relatives au médecin prescripteur**Nom : |       |
| Prénom : |       |
| Adresse (Rue, numéro de la maison, ville) : |       |
| Par quel moyen l’autorisation du médecin annoncé a pu être vérifiée ?(si la vérification de l’autorisation n’est pas possible, la remise de médicament n’est pas admise) |       |
| 3. | Désignation du médicament demandé : |       |
| Forme pharmaceutique et dosage : |       |
| Posologie quotidienne : |       |
| Quantité exacte remise : (sauf bonne raison contraire, le plus petit emballage) |       |
| 4. | Raison de la remise : |       |

Date et heure de la remise:

Timbre de la Pharmacie:

Signature de la personne : Signature du pharmacien :

………………………………………. ………………………………………..

601\_01\_140616\_Procès-verbal remise d'urgence de stupéfiants\_formulaire