

	INFORMATIONS PEDIATRIQUE	Date de création 10 01 2020
		Version 1
		Page 1 sur 1

Chère Consœur, cher Confrère,

Vous nous avez faxé une préparation pédiatrique sans ordonnance.
Par soucis de sécurité, vous devez impérativement nous faxer la prescription et non une retranscription manuscrite.

Cependant dans le cas où vous ne seriez pas en mesure de nous la fournir, nous vous demandons de remplir cette fiche et de la faxer à la pharmacie.

Votre commande ne sera traitée qu'à réception de ce document.

Attention, en l'absence de ces informations indispensables nous ne pourrons valider votre préparation et en être tenu responsable.

Pharmacie donneur d'ordre :	
Nom de la personne contactée :	
Téléphone de la Pharmacie :	
Nom de l'enfant :	Prénom :
Date de naissance :	Poids :
Nom du médecin : <input type="checkbox"/> Médecin libéral <input type="checkbox"/> Hôpital <input type="checkbox"/> Centre spécialisé	
Spécialité du médecin :	
Adresse du médecin :	
Code Postal :	Ville :
N° FINESS :	
Pathologie :	DCI :
Dosage exprimé en milligrammes :	Dosage exprimé en grammes :
Posologie :	
Forme galénique :	
<input type="checkbox"/> Gélules pédiatriques (Préciser la quantité souhaite. Attention la DLU est de 3 mois) <input type="checkbox"/> Suspension buvable (Attention toutes les molécules ne sont pas disponible en Suspensions buvable. DLU 1 mois)	
Commentaire concernant la préparation :	

Toutes les mentions sont obligatoires

Toute information manquante entrainera un rappel de notre part pouvant retarder la commande