

DE COMMANDE DE MAGISTRALE NON STÉRILE

Section 1. Identification de la pharmacie

Pharmacie : _____
Adresse : _____
Téléphone : _____ Télécopieur : _____
Personne contact : _____

Section 2. Description de la préparation

_____ Quantité à préparer : _____
Nom du prescripteur : _____ Permis : _____

Section 3. Identification du patient

Usage professionnel (exceptionnel)

Nom : _____ Prénom : _____
Date de naissance : ____ / ____ / ____ Poids (pédiatrie) : _____ kg
Allergies / intolérances : _____ RAMQ ____ Ass.Privée.

Section 4. Paiement et expédition

Paiement : Sur réception Compte-client
Livraison : Livraison à la pharmacie Passera
Urgence : Commande urgente

Section 5. Confirmation du prix et des délais avant de préparer

Oui (par télécopieur ou par téléphone) Non, ce n'est pas nécessaire

Section 6. Pharmacien

Nom : _____ Signature : _____ Permis : _____

Télécopier au **819 568-7678** avec une copie de la prescription