INSTITUT DE CARDIOLOGIE DE MONTRÉAL

* I C M 3 1 3 *

Liste des medicaments à domicile
(Complément d'informations)

Coordonnée de la pharmacie du patient : _____

Médicament / Dose	Posologie	Commentaires
☐ Voir liste de médicament faxée par la pharmacie		

Provenance de l'information

☐ Patient
☐ Famille
☐ Vials de médicaments
☐ Appel fait à la pharmacie
☐ Liste retranscrite / écrite par : _____
☐ Autres : _____

Fait par : _____ Signature : _____

Date : _____