Unité ……

Nom et prénom du résident	Date de la prescription	Nom du produit prescrit
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	
	du…… au ……	

Nom : Fonction : Visa :	Rédacteur Dr PINGANAUD, Médecin Co.	Validation Sylvie LACOSTE, Directrice	Conformité à la gestion qualité Audrey TINNES, Chargée Qualité