

Date:.....

Unités :.....
.....

Personne effectuant la vérification :.....

Résident	Prescription + date	Fiche traitement + date	Pilulier	Allo médecin	Allo pharmacie	Résultat	Signature

Résident	Prescription + date	Fiche traitement + date	Pilulier	Allo médecin	Allo pharmacie	Résultat	Signature

Remarques :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

<p>Nom : Fonction : Visa :</p>	<p><u>Rédacteur</u> Océane TORILLON IDe coordonnatrice</p>	<p><u>Validation</u> Sylvie LACOSTE, Directrice</p>	<p><u>Conformité à la gestion qualité</u> Audrey TINNES, Chargée Qualité</p>
---	--	---	--