

**DEMANDE D'EPIRUBICINE^R POUR INSTILLATION
VESICALE**

à la Pharmacie Interhospitalière de la Côte
Ch. Crêt 2 - 1110 Morges
Tél 079 172 8554 - Fax 021 804 21 40

DONNEES PATIENT

Nom **Prénom**

Date de naissance: ____ / ____ / ____

VOTRE DEMANDE

Pour la date du: ____ / ____ / ____

à: ____ h ____

Service: _____

Fabrication désirée:

**EPIRUBICINE 50 mg ad 50 mL NaCl 0.9%
stérile, pour instillation vésicale**

Autre: EPIRUBICINE _____

Signature du médecin

moac 25.02.2021

**DEMANDE D'EPIRUBICINE^R POUR INSTILLATION
VESICALE**

à la Pharmacie Interhospitalière de la Côte
Ch. Crêt 2 - 1110 Morges
Tél 079 172 8554 - Fax 021 804 21 40

DONNEES PATIENT

Nom **Prénom**

Date de naissance: ____ / ____ / ____

VOTRE DEMANDE

Pour la date du: ____ / ____ / ____

à: ____ h ____

Service: _____

Fabrication désirée:

**EPIRUBICINE 50 mg ad 50 mL NaCl 0.9%
stérile, pour instillation vésicale**

Autre: EPIRUBICINE _____

Signature du médecin

moac 25.02.2021