

**ORDONNANCE POUR MEDICAMENT HORS-LISTE**

DATE :

HÔPITAL:

SERVICE:

MEDECIN:

Tél/bip:

**PATIENT**

Nom:

Prénom:

Age:

Poids (enf.):

**MEDICAMENT PRESCRIT:** .....

Forme galénique:

Posologie:

Durée du traitement à l'hôpital:

**INDICATION:**

**MOTIF DE LA PRESCRIPTION**

- Echec thérapeutique suite à la prescription du médicament suivant: .....
- Traitement initié à l'extérieur de l'hôpital, et ne pouvant être substitué par un médicament mentionné sur la liste des médicaments.
- Recommandé par le médecin consultant, Dr.....
- Autre (*préciser*):.....

Nom et signature du médecin : Dr.....

*NB: Signature du Médecin-Chef ou du Chef de clinique lors de demande de médicament cher*

Visa de la pharmacie :