

INFORMATIONS - STUPEFIANTS	
Date de livraison :	Date d'expiration :
Numéro stupéfiant :	
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :	

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		ENTREE				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Date d'expiration :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS			
Date de livraison :		Date d'expiration :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
FENTALIS patch mat 12 mcg/h 10 pièces			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____
PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS			
Date de livraison :		Date d'expiration :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
FENTALIS patch mat 25 mcg/h 10 pièces			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Date d'expiration :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
FENTALIS patch mat 50 mcg/h 10 pièces			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____
PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Date d'expiration :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
FENTALIS patch mat 100 mcg/h 10 pièces			

Coller ici l'étiquette TACTIL

(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS					
Date de livraison :		Exp :			
Numéro stupéfiant :					
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :					
MORPHINE HCL 2 %, 20 mg/ml, 30 ml	<table border="1" style="width: 100%; text-align: center;"> <tr> <td>20 mg = 1 ml</td> </tr> <tr> <td>1 mg = 0.05 ml</td> </tr> </table>			20 mg = 1 ml	1 mg = 0.05 ml
20 mg = 1 ml					
1 mg = 0.05 ml					

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS			
Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :		20 mg = 1 ml 1 mg = 0.05 ml	
MORPHINE HCL 2 %, 20 mg/ml, 30 ml			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			10 mg = 20 gttes 1 mg = 2 gttes
MORPHINE HCl Streuli 1 %, 10 mg/ml, 20 ml			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :	<div style="border: 2px solid red; padding: 2px; display: inline-block;"> 10 mg = 20 gttes 1 mg = 2 gttes </div>		
MORPHINE HCl Streuli 1 %, 10 mg/ml, 20 ml			

Coller ici l'étiquette TACTIL

(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		ENTREE				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :	MORPHINE HCl Streuli 2 %, 20 mg/ml, 20 ml		
	20 mg = 20 gttes 1 mg = 1 gtte		

Coller ici l'étiquette TACTIL

(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS

Date de livraison :		Exp :			
Numéro stupéfiant :					
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :	<table border="1" style="border: 2px solid red;"> <tr> <td>20 mg = 20 gtttes</td> </tr> <tr> <td>1 mg = 1 gttte</td> </tr> </table>			20 mg = 20 gtttes	1 mg = 1 gttte
20 mg = 20 gtttes					
1 mg = 1 gttte					
MORPHINE HCl Streuli 2 %, 20 mg/ml, 20 ml					

 Coller ici l'étiquette TACTIL
 (« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS			
Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
OXYNORM gouttes 10 mg/ml 30 ml			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____
PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

INFORMATIONS - STUPEFIANTS			
Date de livraison :		Exp :	
Numéro stupéfiant :			
Stupéfiant (nom, forme, dosage, quantité) :			
OXYNORM gouttes 10 mg/ml 30 ml			

Coller ici l'étiquette TACTIL
(« DIVERS »)

NOM : _____

PRÉNOM : _____

DATE	HEURE	QUANTITE DISTRIBUEE	SOLDE	PRENOM ET NOM SOIGNANT	VISA/DOUBLE CONTROLE	POUR LES EPSM : SIGNATURE PATIENT
		<i>ENTREE</i>				

