

REGISTRE DE DESTRUCTION DE STUPÉFIANTS, DE SUBSTANCES CONTRÔLÉES ET DE SUBSTANCES CIBLÉES

LISTE DES MÉDICAMENTS À DÉTRUIRE						
DATE	Nom du médicament et teneur	Quantité	Numéro de lot	Date de péremption	Nom du patient ou de la responsable de la résidence s'il y a lieu	Raison du retour

<p>Identification de la pharmacie</p>	<p>CONFIRMATION DE DESTRUCTION DATE : _____</p> <p>Nous confirmons la destruction des médicaments</p> <p>Nom : _____ FONCTION : _____</p> <p>SIGNATURE :</p> <p>Nom : _____ FONCTION : _____</p> <p>SIGNATURE :</p>
--	--