

## Formulaire de commande ATIVAD

### Pharmacie Distributrice :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Tél. : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

Fax : (\_\_\_\_) \_\_\_\_\_

### Pharmacie Préparatrice :

Pharmacie Denis Roy et Martin Leblond (Familiprix)

899 17<sup>e</sup> rue, St-Georges

Tél. : 418-228-1017

Fax : 418-227-9352

### Identification du patient :

Nom : \_\_\_\_\_

Adresse : \_\_\_\_\_

Date de naissance : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Assurance Privée

Assurance RAMQ

Coller étiquette d'identification  
du patient au besoin en  
ajoutant sa date de naissance

### Commande :

Céfazoline 2G Ser Qté : \_\_\_\_\_

Ceftriaxone 2G Ser Qté : \_\_\_\_\_

Autre : \_\_\_\_\_ Qté : \_\_\_\_\_

### Livraison :

Le patient a besoin de sa prochaine dose pour le : \_\_\_\_\_ (Date) à : \_\_\_\_\_ (Heure)

La pharmacie utilisera son transport express ou les transporteurs privés (Purolator/Dicom) en fonction de s'adapter à vos besoins et afin de minimiser les frais de transport lorsque possible. Si vous aimeriez l'avoir selon des particularités, veuillez l'indiquer dans les commentaires.

### Commentaires :

---

---

***Bien vouloir faxer le formulaire de commande avec la prescription du patient svp***