

**PROCES-VERBAL de la remise d’urgence d’un médicament**

**selon l’OCStup, art. 52 (à remplir en caractère d’imprimerie**

**et à nous retourner par courrier ou fax**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 1 | Nom de la personne qui fait la demande : |  |
| Son prénom : |  |
| Son année de naissance : |  |
| Son adresse (rue, no de maison, ville) : |  |
| Par quel moyen l’identité annoncée a pu être vérifiée ?(si la vérification de l’identité n’est pas possible, la remise de médicament n’est pas admise) |  |
| 2 | Nom du médecin de référence autorisé à pratiquer : |  |
| Son prénom : |  |
| Son adresse (rue, no de maison, ville) : |  |
| Par quel moyen l’autorisation du médecin annoncé a pu être vérifiée ?(si la vérification de l’autorisation n’est pas possible, la remise de médecament n’est pas admise) |  |
| 3 | Désignation du médicament demandé : |  |
| Forme pharmaceutique et dosage : |  |
| Posologie quotidienne : |  |
| Quantité exacte remise :(sauf bonne raison contraire, le plus petit emballage) |  |
| 4 | Raison de la remise : |  |

Date et heure de la remise : …………………………………….

Timbre de la pharmacie :

Signature de la personne : Signature du pharmacien :

…………………………………………………………………… ………………………………………………………………….