

N° d'ordonnance	
Faxé au médecin le (date)	
Visa pharmacien du retour signé	

ORDONNANCE : (confirmation d'un ordre oral)

Patient	Médecin prescripteur
Nom, prénom :	Nom, prénom :
Date de naissance :	Tél :
Poids (enfant, nutrition) :	Fax :

Bonjour Docteur,

Voici l'ordre médical qui nous a été transmis **par oral**

le (jj/mm/aaaa) :

par (nom, fonction) :

Nous vous remercions de **le confirmer par retour signé.**

Médicaments	Posologie, voie d'administration, vitesse, durée d'administration	Durée du traitement

Avec nos salutations les meilleures,

.....
Signature du pharmacien
Pour Proximos

.....
Signature du médecin prescripteur