

Centre intégré  
universitaire de santé  
et de services sociaux  
du Centre-Ouest  
de l'île-de-Montréal

Québec 



M R C 1 0 2 0

HÔPITAL GÉNÉRAL JUIF /  
JEWISH GENERAL HOSPITAL

**PHARMACIE / PHARMACY**  
**PRESCRIPTION DE DÉPART / DISCHARGE PRESCRIPTION**

Nom de famille/Family name

No de dossier/Record No

Prénom/First name

Date de naissance/Date of birth

Téléphone/Telephone

No R.A.M.Q./Medicare No

Adresse/Address

**ALLERGIES:** \_\_\_\_\_

**INTOLÉRANCES / INTOLERANCES:** \_\_\_\_\_

Grandeur / **Height** \_\_\_\_\_

Poids / **Weight** \_\_\_\_\_

**Cr** \_\_\_\_\_

AAYY / MM / JD

Date

Heure / **Time**

Signature du prescripteur / **Prescriber signature**

Nom en lettres moulées / **Print name**

Licence du prescripteur / **Prescriber license**

TRANSMISSION PAR TÉLÉCOPIEUR: 1) CETTE ORDONNANCE EST ORIGINALE 2) LE PHARMACIEN IDENTIFIÉ PRÉCITÉ EST LE SEUL DESTINATAIRE 3) L'ORIGINAL DE CETTE ORDONNANCE NE SERA PAS RÉUTILISÉ