



## Ordonnance DAILYMED pour les institutions

### Données du résident

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

Prénom: \_\_\_\_\_

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

Assureur: \_\_\_\_\_

Service/étage: \_\_\_\_\_

### Médecin prescripteur

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

Prénom: \_\_\_\_\_

Interlocuteur de l'établissement médico-social: \_\_\_\_\_

Prescription médicale				Remise en cas de besoin				Validité	Modification au		Envoyer le médicament prêt à l'emploi	
Date:	Médicaments:	Dosage:	Arrêt:	Matin:	Midi:	Soir:	Nuit:	au besoin:	12 mois	en une seule prise:	immédiatement:	proch. bobine de film:

### Remarques

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Non substituable pour raisons médicales

Date: \_\_\_\_\_ Signature: \_\_\_\_\_

Numéro GLN: \_\_\_\_\_  
Cachet du cabinet: \_\_\_\_\_