



PRESCRIPTION PHARMACEUTIQUE



N° de prescription :



Pharmacie / Pharmacien prescripteur

Nom de la pharmacie :

Pharmacien prescripteur :

N° RPPS :

Adresse :

.....

Téléphone :



Patient

Nom :

Nom d'usage :

Prénom :

Date de naissance :/...../.....



Prescription

Médicament / produit :

.....



Indication / contexte de la prescription

.....

.....



Conseils associés

.....

.....

Fait à, le/...../.....

Signature et cachet du pharmacien