Contrôle de l'emploi des narcotiques		
Forme Liq. ☐ Comp. ☐ Caps ☐ Amp. ☐ Fiole ☐ Supp. ☐ Autre ☐	Nom de l'opiacé _____	Concentration _____

Unité de soins ou service :
Quantité servie : ***10***
Reçu par : ***Carol Diotte, inf. aux.***
Servi par : ***Denis Simon, Pharmacien***
Date d'expiration : 2025-00-00

	Date	Heure	Bénéficiaire	Dose donnée	Dose jetée	Témoin initiales	Médecin	Signature	Signature témoin
10									

Signature de l'infirmière : _____ Reste : _____