



Pharmacie du Minage Tél : 05.46.41.28.71
 1 rue du Cordouan Fax : 05.46.41.83.41
 17000 La Rochelle Mail : contact@pharmacieduminage.fr

BON DE COMMANDE – PREPARATION MAGISTRALE

		☐ COMMANDE	☐ DEVIS
Prescription	Nom, prénom et adresse du prescripteur :		
	Validité de la prescription :	☐ OUI ☐ NON ☐ 1 ^{ère} demande ☐ Renouvellement	
Renseignements Patient	Nom, prénom, adresse du patient		
	Type de patient	☐ ADULTE	☐ PÉDIATRIQUE ☐ VÉTÉRINAIRE
	Indispensable pour tous les patients (étiquetage)	DDN :	DDN : kg Poids : cm Taille : kg
	Antécédent(s) allergie(s) :	☐ OUI ☐ NON	Si oui, précisez :
	Pathologie(s) associée(s) :	☐ OUI ☐ NON	Si oui, précisez :
	Problème de Déglutition :	☐ OUI ☐ NON	
	Grossesse / Allaitement :	☐ OUI ☐ NON	
	Autres :		

Analyse pharmaceutique	Forme pharmaceutique et formule de la préparation :	
	Indication :	
	Dose(s) prescrites et posologies vérifiées :	☐ OUI ☐ NON
	Durée du traitement vérifiée :	☐ OUI ☐ NON
	Mode et rythme d'administration vérifiés :	☐ OUI ☐ NON
	Existence de contre-indication(s) :	☐ OUI ☐ NON
	Existence d'interaction(s) ou de redondance(s) médicamenteuse(s) :	☐ OUI ☐ NON
	Justification de la préparation :	☐ Absence de forme pharmaceutique adaptée ☐ Absence de dosage adapté ☐ Absence d'alternative thérapeutique ☐ Rupture de stock d'une spécialité sans équivalent thérapeutique adapté ☐ Autre :
Pharmacie donneuse d'ordre (Nom et adresse complète + téléphone ou tampon lisible) :		
Commande passée par (Nom + prénom) :		
Date :		