Centre universitaire de santé McGill
McGill University Health Centre

☒ HME MCH ☒ HGM MGH ☒ HRV RVH
☒ HNM MNH ☒ ITM MCI ☒ HL LH

FMU-0508

Ordonnance externe
External prescription

Date : _____ **Service :** _____
(AAYY/MM/JD)

Téléphone/Telephone:

☐ Hôpital Royal Victoria	(514) 934-1934 poste	☐ Hôpital Général de Montréal	(514) 934-1934 poste
☐ Institut thoracique de Montréal	(514) 934-1934 poste	☐ Institut Neurologique de Montréal	(514) 398-6644 poste
☐ Hôpital de Montréal pour enfants	(514) 412-4400 poste	☐ Hôpital Queen Elizabeth	(514) ___-___ poste
☐ Hôpital de Lachine	(514) 637-2351 poste		

No. du télécopieur du service/Service's fax number (514) ___-___

Poids/Weight _____ **et/**and Allergies: _____ BSA: _____

Médicament(s) * Posologie * Quantité * Durée / Medication * Dosage * Quantity * Duration	**Nombre de renouvellements** Number of renewals

_____ _____ _____
Signature du médecin / Physician's signature **Nom en lettres moulées** / Print name **N° permis** / License No.

Commentaires/Comments _____

À COMPLÉTER LORSQUE LA PRESCRIPTION DOIT ÊTRE TÉLÉCOPIÉE / TO BE COMPLETED IF PRESCRIPTION IS FAXED.

Le médecin doit compléter cette section pour se conformer aux règles émises par le Collège des médecins lors de prescription transmise par télécopieur. / To comply with the regulations of the Collège des médecins, this section must be completed by the physician if this prescription is to be faxed.

Nom du propriétaire de la pharmacie
Name of the pharmacy's owner _____

Date et heure de la télécopie
Fax date and time _____ _____
AAYY/MM/JD 00:00

No. télécopieur
Fax number (___) _____

Le médecin ci-haut mentionné certifie que:
1) Cette ordonnance est originale
2) Le pharmacien identifié précité est le seul destinataire
3) L'original de cette ordonnance ne sera pas réutilisé

The above mentioned physician certifies that:
1) This is the original prescription
2) The aforementioned pharmacist is the only recipient
3) The original prescription will not be re-used

TRANSMISSION CONFIDENTIELLE PAR TÉLÉCOPIEUR / CONFIDENTIAL FAX TRANSMISSION

Ce message contient de l'information privilégiée, confidentielle et ne pouvant être divulguée. Si vous n'êtes pas un destinataire envisagé de ce message ou une personne autorisée à le recevoir, veuillez communiquer avec le soussigné et ensuite détruire ce message ainsi que toutes les copies pouvant exister. / This message contains privileged and confidential information, which is not to be disclosed. If you are not the intended recipient of this message, please contact the undersigned and destroy this message as well as all existing copies.

Annexer la confirmation par télécopieur à la copie / Attach fax confirmation to copy

Original - Pharmacie / Pharmacy **Copie - Dossier médical** / Copy - Medical Record
DM-3446/31-11-008690 (REV 2016/06/02) G6