



Centre Hospitalier de Gonesse

Fiche « Infomed »

Organisation de la prise en charge du patient
Pharmacie

OPC.PHA.E072/1

Date d'application : Mars 2006

DOCUMENT DE
REFERENCE

Mode opératoire de gestion des demandes de produits non stockés
OPC.PHA.M010

Médicament demandé :

Non dispensé car :

Non en stock hôpital /_/ **Rupture stock** pharmacie /_/ fabriquant /_
Retiré du commerce /_/ **Durée prévisible rupture** /_/ jours inconnue /_
/_/ Autre motif : _____
/_/ Ce médicament est dispensé sur ordonnance spécifique _____

Nous vous proposons une substitution par le(s) médicament(s) suivant(s) :

Posologie conseillée _____

- ☐ /_/ **Générique vrai** : même principe actif, même forme, même bioéquivalence
- ☐ /_/ **Equivalence exacte** par association de spécialités différentes
- ☐ /_/ **Même spécialité mais à dosage différent** _____
- ☐ /_/ **Produit similaire** Principe actif différent mais même indication

Equivalence validée par comité du médicament /_/ **non validée** /_/

/_/ **Ce médicament vous a été distribué**

/_/ mais **ne l'administrer qu'après acceptation par un prescripteur** qui modifie la prescription

/_/ **Ce médicament ne vous a pas été distribué** en attente de validation par un prescripteur et modification de la prescription

Aucune équivalence ne peut vous être proposée /_/

Si ce médicament est jugé indispensable pendant le temps de l'hospitalisation et que le malade n'a pas son traitement personnel contactez la pharmacie

DATE ___/___/___ VALIDE PAR _____ Pharmacien(ne)
PRÉPARATEUR (TRICE) EN PHARMACIE _____ SIGNATURE



Centre Hospitalier de Gonesse

Fiche « Infomed »

Organisation de la prise en charge du patient
Pharmacie

OPC.PHA.E072/1

Date d'application : Mars 2006

DOCUMENT DE
REFERENCE

Mode opératoire de gestion des demandes de produits non stockés
OPC.PHA.M010

Médicament demandé :

Non dispensé car :

Non en stock hôpital /_/ **Rupture stock** pharmacie /_/ fabriquant /_
Retiré du commerce /_/ **Durée prévisible rupture** /_/ jours inconnue /_
/_/ Autre motif : _____
/_/ Ce médicament est dispensé sur ordonnance spécifique _____

Nous vous proposons une substitution par le(s) médicament(s) suivant(s) :

Posologie conseillée _____

- ☐ /_/ **Générique vrai** : même principe actif, même forme, même bioéquivalence
- ☐ /_/ **Equivalence exacte** par association de spécialités différentes
- ☐ /_/ **Même spécialité mais à dosage différent** _____
- ☐ /_/ **Produit similaire** Principe actif différent mais même indication

Equivalence validée par comité du médicament /_/ **non validée** /_/

/_/ **Ce médicament vous a été distribué**

/_/ mais **ne l'administrer qu'après acceptation par un prescripteur** qui modifie la prescription

/_/ **Ce médicament ne vous a pas été distribué** en attente de validation par un prescripteur et modification de la prescription

Aucune équivalence ne peut vous être proposée /_/

Si ce médicament est jugé indispensable pendant le temps de l'hospitalisation et que le malade n'a pas son traitement personnel contactez la pharmacie

DATE ___/___/___ VALIDE PAR _____ Pharmacien(ne)
PRÉPARATEUR (TRICE) EN PHARMACIE _____ SIGNATURE