Apotheia

Formulaire d'enregistrement 'Délivrance méthadone / buprénorphine

Patient :

Médecin :

Médicament (principe actif / forme galénique) :

Date de délivrance	Posologie	Nombre de jours de traitement délivrés	Signature ou initiales du pharmacien	Remarques*

**Par exemple : contact avec prescripteur, irrégularités, comportement du patient, paiement...*