**Fiche de transfert de produits pharmaceutiques**

Hôpital de ……………….

Date : Emprunt Prêt

|  |  |
| --- | --- |
| **Etablissement emprunteur** |  |
| **Etablissement préteur** |  |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Produit** | **Dosage** | **Num de lot** | **Péremption** | **Quantité** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **Pour l’établissement emprunteur** | **Pour l’établissement préteur** |
| Nom : | Nom : |
| Signature : | Signature : |
| **Remarques :** |

*Fiche à réaliser en deux exemplaires, un pour chaque établissement*