Centre intégré
universitaire de santé
et de services sociaux
de la Capitale-Nationale
Québec

N^{O} DOSSIER

NOM ET PRÉNOM

DATE DE NAISSANCE

FEUILLE DE DECOMPTE DES STUPEFIANTS, DROGUES CONTROLEES, BENZODIAZEPHINES ET AUTRES SUBSTANCES CIBLEES

Médicament : _____ Posologie : _____ Quantité au départ : _____

Date	heure	Nom du médicament	Quantité administrée	Quantité restante	Signature et titre