

Protocole de préparation	Date de la préparation	
	N° de la préparation/prescription	
	Nom et prénom du patient	
	Nom du prescripteur	

Dénomination	Quantité préparée	
	Forme galénique	
	Voie d'administration	

Matériel		Mesures d'hygiène/sécurité*	
<input type="checkbox"/> Balance : trébuchet/analytique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laver/désinfecter la zone de préparation	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Laver/désinfecter le matériel	
		<input type="checkbox"/> Laver/désinfecter les mains	

* Cocher si nécessaire/effectué

Matières premières	Numéro d'ordre	Quantité unitaire	Nombre ou quantité	Quantité à peser	Quantité pesée
			X		
			X		
			X		
			X		
	Total		X		

Méthode de préparation	
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>
-	<input type="checkbox"/>

Contrôles		
Type	Exigences	Résultats
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	-	

Conditionnement		Étiquetage	- Identité/coordonnées du pharmacien responsable
Conservation			- Nom et prénom du patient/nom du prescripteur
Durée de validité			- N° d'ordre de la préparation/prescription
Durée limite d'utilisation			- Composition qualitative/quantitative en principe(s) actif(s)
Date de péremption			- Date de réalisation/de péremption
			- Durée limite d'utilisation/conditions de conservation
			- Posologie

Nom du préparateur
Date / signature

Nom du pharmacien
Date / signature