

Expérimentation 2024 – Entretien Pharmaceutique hospitalier d’oncologie

Nom et adresse de la pharmacie :

Tel :

➡ **Dès le 1^{er} patient, pensez à vous inscrire sur le site de l’URPS.**

<i>Nom du patient</i>	<i>Prénom du patient</i>	<i>Date de naissance</i>	<i>Date de l’appel du pharmacien hospitalier</i>	<i>Date de délivrance du traitement</i>	<i>Pharmacien ayant réalisé la délivrance</i>	<i>Suivi réalisé</i>

Document à renvoyer à contact@urps-pharmaciens-na.fr