Formulaire d’entrée pour traitement de substitution transitoire

**PATIENT**

Nom : Cliquez ici pour taper du texte. Prénom : Cliquez ici pour taper du texte.

Date de naissance : Cliquez ici pour taper du texte.

**DATE ET LIEU D’ENTRÉE**

Date : Cliquez ici pour taper du texte. [ ]  Prison Centrale [ ]  Etablissements de Bellechasse

[ ]  Hôpital

**MEDECIN PRESCRIPTEUR ACTUEL**

Dr / Dresse Cliquez ici pour taper du texte.

**NOUVEAU MEDECIN PRESCRIPTEUR**

Dr / Dresse Cliquez ici pour taper du texte.

**MEDICATION**

Produit de substitution (substance) : Cliquez ici pour taper du texte.

Ancien dosage : Cliquez ici pour taper du texte. Nouveau dosage : Cliquez ici pour taper du texte.

Médication supplémentaire : Cliquez ici pour taper du texte.

 Cliquez ici pour taper du texte.

Date : Cliquez ici pour taper du texte. Signature :

**Copie**

Service du médecin cantonal

Médecin actuel / traitant

Lieu de remise