



## Fiche posologie

Séjour du / au /

Ce document est une aide pour l'assistant.e sanitaire, et ne remplace pas une ordonnance ! Merci de le remplir attentivement, et d'y joindre impérativement la ou les ordonnances correspondantes.

<b>Enfant</b>	<b>Médecin traitant</b>
Nom : Date de naissance : Allergies connues :	Nom : Téléphone :

Nom du médicament (et marque)	Horaires de prise (inscrire les doses)				Remarques
	Matin	Midi	Soir	Coucher	