

**MEDICAMENTS STUPEFIANTS : DECLARATION DE NON-CONFORMITE  
SUIVI DE LA DISPENSATION**

**Concerne : gestion des stupéfiants hors armoires automatisées à pharmacie**

**Origine de la déclaration**

Date de la déclaration (format : JJ.MM.AAAA)	
Nom et prénom de l'IRES	
Nom de l'unité de soins	
Téléphone	

**Description brève de la non-conformité**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

SIGNATURE : .....

**Cette fiche, une fois remplie, doit être adressée à la « Pharmacie des HUG » avec la  
fiche de dispensation. Garder une copie dans l'unité de soins**

Validation pharmacie (date, initiales, signature) \_\_\_\_\_