



FORMULAIRE DE DEMANDE DE MEDICAMENT

Formulaire à utiliser en cas de panne informatique rendant la demande par **CEGID** impossible.

À envoyer une fois rempli par fax au 23990, par pneu au 5626 ou par e-mail à l'adresse communiquée selon la situation.

Le CGR, Le n° de téléphone, l'UFI et l'unité de soins sont obligatoires.

CGR : Téléphone :

UFI : Unité de soins :

Dans la mesure du possible, merci d'indiquer le numéro d'article. Vous trouverez la liste des médicaments en stock sur le site internet de la pharmacie des HUG (Infos pratiques / Horaires et Commandes).

A remplir par l'unité de soins			Réservé à la Pharmacie	
No article	Désignation	Quantité	Emplacement	Délivré (VISA)

Régulation pharmacie. VISA : _____ Date : _____ Numéro de la demande : _____

Version	3.0	Valable dès le	10/03/2026	Statut	Application	Type	Formulaire	Page	1 / 1
Responsable : Stucki Cyril				Vérifié par : SENHAJI Salim		Approuvé par MADER Clémence			
Domaine : Relations pharmacie-extérieur						Destinataire : Achat et Distribution			
Tâches-activités						Garde			