

### MÉDICAMENTS STUPEFIANTS : CONTRÔLE MENSUEL DU STOCK (INVENTAIRE)

Concerne : gestion manuelle des stupéfiants dans les unités sans assistantes en pharmacie d'unités de soins (APUS)

Nom de l'unité de soins : \_\_\_\_\_

Service et département : \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Année : \_\_\_\_\_

Mois	Date	Visa du contrôleur (initiales HUG + signature)	Conformité OK : conforme NOK : non-conformités	Problèmes constatés*
Janvier				
Février				
Mars				
Avril				
Mai				
Juin				
Juillet				
Août				
Septembre				
Octobre				
Novembre				
Décembre				

\* Les problèmes constatés doivent faire l'objet d'une non-conformité stupéfiant

#### Contre-signature

Date : \_\_\_\_\_ Nom et prénom de l'IRES : \_\_\_\_\_

Signature :

**Cette fiche, une fois remplie et contre-signé par l'IRES doit être conservé pendant 5 ans.**

**Les problèmes constatés doivent faire l'objet d'une non-conformité stupéfiant**