

PHARMACIE

---

---

# AUTORISATION

**DE PRESCRIRE DES MEDICAMENTS CONTENANT DES  
SUBSTANCES VENENEUSES  
ACCORDEE PAR LE PRATICIEN DONT RELEVE L'INTERNE**

---

---

**NOM** (en lettres capitales) : .....**et PRENOM** : .....

**POLE / SERVICE** : .....

interne

En vue de l'autorisation de prescrire accordée par le responsable de structure, à l'exception des stupéfiants, merci de bien vouloir apposer ci-dessous vos signature et paraphe.

Le Mans, le .....

Signature de l'interne

Eventuellement, paraphe utilisé pour  
la signature des ordonnances :

» Document à retourner au service de la Pharmacie,  
à l'attention de : Docteur Hélène PERRIER, Cheffe du pôle  
Gestion des produits de soins