

Medicine Cabinet Cleanup / Ménage de l'Armoire à Médicaments

Patient : _____ HC # / # CS : _____ Date : ___/___/___

Expired or unused medications returned to the pharmacy for proper disposal

Page : ___ of/de ___

Médicaments périmés ou inutilisés retournés à la pharmacie pour être éliminer de façon appropriée

	Medication-Strength / Médicament-Teneur	Qty / Qté	Unused / Inutilisé (√)	Expired / Périmé (date)
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				
12.				
13.				
14.				
15.				
16.				
17.				
18.				
19.				
20.				
21.				
22.				
23.				
24.				
25.				

Signature - patient : _____

Signature - pharmacist/pharmacien(ne) : _____

Pharmacy / Pharmacie : _____ Tel : (____) _____ - _____

Date : ___/___/___