



# Bon d'échange des médicaments ASUP1 pour péremption

Date :

Caserne : COLLONGES-AU-MONT-D'OR

N°VSAV :

Nom, prénom et signature du correspondant de la pharmacie :

| Type de prise en charge                               | Produits                   | Quantité retournée<br>à la PUI (à l'unité) |
|---|----------------------------|--|
| Asthme aigu<br>[R6311-18-1 1° a)]                     | Salbutamol 5 mg/2,5mL      |  |
|   | Ipratropium 0,5 mg/2,5 mL  |  |
|   |                            |  |
|   | Salbutamol 2,5 mg/2,5 mL   |  |
|   | Ipratropium 0,25/mL        |  |
| Overdose d'opiacés intra-nasale<br>[R6311-18-1 2° a)] | Nyxoid® sol. P pulv nasale |  |
| Choc anaphylactique<br>[R6311-18-1 3°a)]              | Anapen® 150 µg             |  |
|   | Anapen® 300 µg             |  |
|   | Anapen® 500 µg             |  |

Date de préparation : .....

Nom, prénom et signature agent de la PUI : .....

N°PHARMSAP : .....