BRA ALBA ASL CN2	**SC Farmacia Ospedaliera** Modulo di registrazione mensile scadenze farmaci e dispositivi medici	Codice: MODFARM18 Data: 23 febbraio 2023 Revisione: 1

MODULO REGISTRAZIONE MENSILE DELLE SCADENZE FARMACI/DISPOSITIVI MEDICI

SC……..DATA……

RISULTANO IN SCADENZA NEI PROSSIMI TRE MESI:

Nome del farmaco/prodotto	Quantità (UT)	Data scadenza	Luogo di giacenza

Il coordinatore della struttura

NOME E COGNOME_____

FIRMA_____

L'operatore che ha effettuato il controllo

NOME E COGNOME_____

FIRMA_____

Questo modulo deve essere compilato in triplice copia di cui:

- ✓ originale va inviato alla Farmacia Ospedaliera entro il giorno 5 del mese successivo al controllo
- ✓ una copia va archiviata in apposito faldone
- ✓ una copia va applicata ben in vista sull'armadio farmaceutico di reparto e andrà eliminata dopo il controllo mensile successivo