

Devolução de Medicamentos

UNIDADE:		DATA:
SETOR:	PLANTÃO:	HORÁRIO DA DEVOLUÇÃO:

BAM	MEDICAMENTO	QUANTIDADE	VALIDADE	MOTIVO*	OBSERVAÇÃO

* (1) Óbito; (2) Alta Hospitalar; (3) Alteração de Prescrição; (4) Excesso no Setor; (5) Dispensa Errada; (6) Outros - especificar no campo Observação

RESPONSÁVEL PELA DEVOLUÇÃO NOME/MATRÍCULA:	RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA DEVOLUÇÃO NOME/MATRÍCULA:
--	---