

**FORMULARIO DE REPOSICIÓN STOCK MINIMO**

ANEXO 1 (PROTOCOLO STOCK MINIMO)

UNIDAD CLINICA CRITICA: \_\_\_\_\_

SOLICITADO EN FARMACIA: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO U.CLINICA CRÍTICA: \_\_\_\_\_

REPOSICION: FECHA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO FARMACIA: \_\_\_\_\_

**Motivos de Reposición:**

Utilización  Cambio por deterioro del envase y/o rotulo

Cambio por Vencimiento próximo  Cambio de productos vencidos

Cambio por falla de calidad y/o alerta retiro

Medicamento / Insumo clinico	UD	Cantidad solicitada	Cantidad repuesta	folio receta/libro pedido

Firma Recibe conforme Funcionario U. Clínica Crítica: \_\_\_\_\_