

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: _____