

## ANEXO 1

HOSPITAL LINARES  
FARMACIA ASISTENCIAL

### FORMULARIO DEVOLUCION MEDICAMENTOS A FARMACIA

UNIDAD CLINICA: \_\_\_\_\_ FECHA: \_\_\_\_\_

FUNCIONARIO UNIDAD CLINICA: \_\_\_\_\_

MEDICAMENTO indicar nombre y posología (mg,mg/ml , %, etc)	unidad*	cantidad devuelta a Farmacia	Motivo devolución			
			caducidad (indicar fecha)**	rotulación incompleta	deteriorado	excedente***

**unidad \***: AM=ampolla, FA=frasco ampolla, CM=comprimido, FC=frasco, GG=gragea, TU=tubo, PT=pote

**caducidad (indicar fecha)\*\*** : fecha de vencimiento (medicamentos vencidos o de vencimiento cercano)

**excedente\*\*\*** : indicar en observaciones si es excedente de botiquín, carro de paro, stock mínimo o devuelto por paciente.

-Para la devolución de ESTUPEFACIENTES y PSICOTROPICOS, prescritos a un paciente específico y que NO fueron utilizados, indicar en observaciones Nombre y RUT de paciente

OBS: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
SUPERVISOR(A) UNIDAD CLINICA  
(nombre y firma)

\_\_\_\_\_  
FUNCIONARIO DE FARMACIA QUE RECIBE  
(nombre, firma, fecha)