



FORMULÁRIO - Farmácia

**DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS**

Código: F.HABF.143

Versão: 00

Elaboração: 06/09/2023

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

NOME DA MÃE: \_\_\_\_\_

DATA DE NASCIMENTO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ATENDIMENTO: \_\_\_\_\_

( ) PACIENTE TROUXE ( ) DISPENSADO PELA FARMÁCIA

LEITO \_\_\_\_\_ SETOR: \_\_\_\_\_

NOME COMERCIAL	NOME DA SUBSTÂNCIA	LOTE	VALIDADE	POSOLOGIA	QTD. DEVOLVIDA

MOTIVO DA DEVOLUÇÃO:

( ) EXCESSO DE ESTOQUE ( ) SUSPENSÃO DO MEDICAMENTO ( ) ALTA HOSPITALAR

( ) ÓBITO ( ) MEDICAMENTO MATERIAL VENCIDO ( ) OUTRO :

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

ASSINATURA DO PACIENTE: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL (GRAU DE PARENTESCO): \_\_\_\_\_

FARMACÊUTICO: \_\_\_\_\_

DATA DO DOCUMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_