

FORMULÁRIO - FARMÁCIA
REGISTRO DE PERDA DE INSUMOS

Código: FOR.HC.FARM.036

Versão: 002

Página: 1 de 1

Paciente: _____

Atendimento: _____ Setor: _____ Leito: _____

Período da requisição: () Manhã () Tarde () Noite Data do ocorrido: _____

Motivo da solicitação:

☐ Quebra ☐ Queda na administração ☐ Paciente apresentou vomito após administração

☐ Diluição errada ☐ Queda no preparo da medicação ☐ Administração errada ☐ Extravio

Material/ Medicamento

Apresentação

Quantidade

REGISTRO DE PERDA DE INSUMOS

Paciente: _____

Atendimento: _____ Setor: _____ Leito: _____

Período da requisição: () Manhã () Tarde () Noite Data do ocorrido: _____

Motivo da solicitação:

☐ Quebra ☐ Queda na administração ☐ Paciente apresentou vomito após administração

☐ Diluição errada ☐ Queda no preparo da medicação ☐ Administração errada ☐ Extravio

Material/ Medicamento

Apresentação

Quantidade

Enfermeiro: _____ Farmacêutico: _____ Requisição Baixa: _____