

Unità operativa

Direttore:

VERIFICA PERIODICA DELLE SCADENZE DEI FARMACI

ARMADIO	Inventario n. _____	UBICAZIONE:	
---------	---------------------	-------------	--

Data controllo:		Data prevista per il prossimo controllo ¹ :	
Farmaci in scadenza nel trimestre successivo²	Farmaco	N. confezioni	Data scadenza

Firma di chi effettua il controllo _____

¹ Il controllo deve essere effettuato almeno con cadenza trimestrale.

² Darne comunicazione al coordinatore al fine di verificare se vi sia un'eccedenza nella giacenza rispetto al fabbisogno trimestrale previsto; tale eccedenza deve essere tempestivamente restituita in farmacia. In ogni caso, **per i farmaci in scadenza, per i quali non è previsto l'utilizzo, deve essere concordata con l'U.O. di farmacia del P.O. la modalità di restituzione.**

