

_____ timbro del Reparto _____

Al Direttore del
Servizio di Farmacia Ospedaliera
Dott.ssa Anna Radin

e p.c. Al Sig. Direttore Medico
Responsabile P.O. II°

Oggetto: segnalazione farmaci stupefacenti scaduti.

Si comunica che presso l' U.O. di _____

sono conservate, in attesa di distruzione, numero _____
(indicare quantità)

flaconi per os

ml di soluzione

fiale/flaconi via parenterale

del farmaco _____ (_____)
(nome commerciale) principio attivo

scadute in data ____/____/____

Data: _____

Firma Direttore dell'U.O.

Firma del Coordinatore

Responsabile del Procedimento: Dott.ssa Anna Radin

Referente procedura: Dr.ssa Antonella Bagaccin

Tel. 0444-753484 Fax 0444-931151

e mail: segreteria.farmacia@aulss8.veneto.it