|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| C:\Users\CStellini\AppData\Local\Microsoft\Windows\Temporary Internet Files\Content.Outlook\IXTASWVV\ATS_Milano.jpg |  | Class. 2.5.03 |

CONTINUITA’ ASSISTENZIALE – SEDE:

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONTROLLO SCADENZE FARMACI EFFETTUATO IL \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Io sottoscritto \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

dichiaro di aver controllato i farmaci e i dispositivi medici in dotazione per quanto riguarda la loro scadenza e la loro corretta conservazione e di:

🞎 non aver trovato prodotti scaduti

🞎 aver trovato i seguenti farmaci scaduti che si ritirano dall’armadio farmaceutico

🞎 aver trovato i seguenti dispositivi medici che si ritirano dall’armadio farmaceutico

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nome del prodotto** | **Quantità** | **Scadenza** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

FIRMA

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_