

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Unidade de internação:		Data da devolução:	
Número de prontuário/Ficha verde (se for o caso):			
Motivo da devolução:	<input type="checkbox"/> Excesso de estoque <input type="checkbox"/> Suspensão do medicamento <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Medicamento material vencido ( <i>preencher justificativa</i> ) <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>		
Responsável pela devolução para Farmácia:			

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Unidade de internação:		Data da devolução:	
Número de prontuário/Ficha verde (se disponível):			
Motivo da devolução:	<input type="checkbox"/> Excesso de estoque <input type="checkbox"/> Suspensão do medicamento <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Medicamento material vencido ( <i>preencher justificativa</i> ) <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>		
Responsável pela devolução para Farmácia:			

REGISTRO DE DEVOLUÇÃO DE MEDICAMENTOS			
Unidade de internação:		Data da devolução:	
Número de prontuário/Ficha verde (se disponível):			
Motivo da devolução:	<input type="checkbox"/> Excesso de estoque <input type="checkbox"/> Suspensão do medicamento <input type="checkbox"/> Alta hospitalar <input type="checkbox"/> Óbito <input type="checkbox"/> Medicamento material vencido ( <i>preencher justificativa</i> ) <input type="checkbox"/> Outro: <hr/> <hr/>		
Responsável pela devolução para Farmácia:			