



ENCÀRREC I ACCEPTACIÓ D'ELABORACIÓ I/O CONTROL DE FÓRMULES MAGISTRALS O MEDICAMENTS INDIVIDUALITZATS I/O PREPARATS OFICIALS		
Entitat dispensadora		
Nom del titular de farmàcia / servei de farmàcia		CODI UP:
Farmacèutic/a sol·licitant		Núm. de col.
Adreça de la farmàcia / servei de farmàcia		
Població		C.P.
Telèfon de contacte		Mòbil:
Correu electrònic		
Dades de la recepta / ordre mèdica		
Nom i cognoms del pacient		DNI/CIP del pacient
Nom i cognoms del prescriptor		Núm. de col.
Observacions per a l'elaboració: espai per fer constar totes les observacions del pacient o del metge, tipus de presentació, fluïdesa, etc.		
Entitat elaboradora		CODI UP: 10438
Prescripció (fórmula): transcripció quantitativa dels PA i fotocòpia de la recepta/ordre mèdica.		
Dades de control		
SEGELL DE L'ENTITAT DISPENSADORA	DATA DE L'ENCÀRREC	SIGNATURA/ ELECTRÒNICA
Majorista o distribuïdor: entitat a qui s'ha sol·licitat el transport de l'FM. Aquesta petició està subjecta a la normativa vigent. Indiqueu el nom		