



FORMULARIO DE ENCARGO DE FORMULACIÓN A TERCEROS

Farmacia dispensadora Encargo realizado por

| | |
|-------|--|
| Sello | Nombre responsable solicitud |
| | Otras observaciones de la farmacia solicitante |

Médico Colegiado /

Paciente

Datos importantes a tener en cuenta Fecha deseada de entrega / /

| | |
|---|--|
| <p>Zona a tratar (x)</p> <p>Cara <input type="checkbox"/> Pelo <input type="checkbox"/> Cuerpo <input type="checkbox"/></p> <p>Rectal <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> Otros indicar _____</p> <p>Tipo de piel (x)</p> <p>Seca <input type="checkbox"/> N/M <input type="checkbox"/> Grasa <input type="checkbox"/></p> | <p>Mañana <input type="checkbox"/> Tarde <input type="checkbox"/></p> <p>Indicación:</p> <div style="border: 1px solid black; height: 40px; width: 100%;"></div> |
|---|--|

Para una correcta formulación del preparado se ruega cumplimentar correctamente todos los espacios solicitados del formulario. Trabajando en conjunto por el bien de tu paciente.

Pegar receta para completar fax

FR01/PG14/01 Formulario de Encargo de FM

| | | | | |
|-----------------------|-------|--|----------------|--|
| Medio de envío | COFAS | | Albarán | |
| | OTRO | | | |

Espacio reservado para la farmacia elaboradora:

| | |
|-------------------------------|-----------------------------------|
| Nº de solicitud: | Nº de registro: / / |
| Encargo recibido por (firma): | Incidencias y revisión: |
| | Revisada por: |

| | | |
|--|--------------------------|---------------------------|
| NOMBRE FM/PO: | | Nº REGISTRO: |
| DATOS DE LA FÓRMULA MAGISTRAL/PREPARADO OFICIAL | | |
| CANTIDAD TOTAL A ELABORAR | FECHA ELABORACIÓN | |
| | | |
| DATOS DE LAS MATERIAS PRIMAS | | |
| PRINCIPIO ACTIVO EXCIPIENTE | % EN LA FM/PO | CANTIDAD A EMPLEAR |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| CALCULOS | | |
| | | |

| | |
|------------------------------------|--|
| Incidencias de elaboración: | |
|------------------------------------|--|