

APF 1.4 ENVASADO DE MEDICAMENTOS ORALES

Record ID

NOMBRE EVALUADOR

FECHA REALIZACIÓN DE PAUTA

MEDICAMENTO EVALUADO

CRITERIO DE EVALUACIÓN

Se indica el nombre del medicamento a envasar ☐ Sí ☐ No

Se indica la dosis de presentación ☐ Sí ☐ No

Se indica la forma farmacéutica ☐ Sí ☐ No

Se indica el Lote/ Serie ☐ Sí ☐ No

Se indica la fecha de vencimiento ☐ Sí ☐ No

Se indica el fabricante ☐ Sí ☐ No

Se indica N° de registro sanitario ☐ Sí ☐ No

SI CUMPLE = 1
NO CUMPLE = 0
