

SOLICITUD FÓRMULA MAGISTRAL

Fecha: _____

Nombre de la farmacia: _____

Firma autorización:

Datos del paciente

Nombre del paciente: _____

Nombre del doctor: _____

SOE

Libre

Forma farmacéutica: _____

Cantidad a elaborar: _____ Número de envases a elaborar: _____

COMPOSICIÓN

Activo	Conc.	uds.

Uds: u., g., mg., ml., %, mcg., U.I.

OBSERVACIONES

A rellenar por Laboratorio Perelló:

Modificar albarán:

Fecha salida: _____ Cerrado por: _____

Cumplimentando esta solicitud de fórmula magistral y marcando la casilla de firma autorización, la farmacia solicitante indicada en el apartado de "nombre de la farmacia" autoriza a la elaboración, gestión y envío de la formula/s magistral/es solicitadas para el paciente