Форма

Наименование организации \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

[ЖУРНАЛ](file:///C%3A%5CUsers%5CUSER%5CDownloads%5Ctx.dll%3Fd%3D260431.xls)
учета использованных ампул (флаконов), трансдермальных терапевтических систем, флаконов из-под раствора наркотического средства или психотропного вещества главной медицинской сестрой больницы (паллиативной больницы)

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| №п/п | Дата | Количество ампул (флаконов) | № отчета о сдаче использованных ампул (флаконов) по отделению | Фамилия, инициалы (инициал) и подпись сдавшего (старшая медицинская сестра) | Фамилия, инициалы (инициал) и подпись принявшего (главная медицинская сестра) | Отметка о количестве и способе уничтожения, № акта и дата уничтожения |
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
|   |   |   |   |   |   |   |