



LIBRO DE INCIDENCIAS

Fecha

Hora:

Nº:

Farmacéutico

Nº colegiado:

(Nombre y apellidos):

Paciente (Nombre y apellidos):

Medicamento/s implicado/s:

Descripción de la situación que se plantea y de la actuación que se realiza

Justificación de la actuación profesional

Firma del Farmacéutico

Firma del paciente

Firma del testigo

(Si procede)