ANEXO IIa

(Ejemplar para la Oficina o Servicio de Farmacia)

FICHA DE SEGUIMIENTO Y CONTROL MENSUAL DE DISPENSACIONES DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A [1]

OFICINA DE FARMACIA Nº _____

SERVICIO DE FARMACIA HOSPITALARIA Nº _____

MES _____ **AÑO** _____

Apellidos y nombre del/de la titular de la Oficina de Farmacia o Jefe/a del Servicio de Farmacia Hospitalaria _____

Dirección _____ Localidad_____

Tlfno. de contacto _____ Fax _____

E-mail: _____

FECHA DE DISPENSACIÓN	MÉDICO PRESCRIPTOR	CENTRO SANITARIO EN QUE SE APLICA TOXINA BOTULÍNICA TIPO A	Nº DE ENVASES

Fecha, firma y sello de la oficina de farmacia
o servicio de farmacia hospitalaria

[1] Señalar con una cruz el tipo de establecimiento sanitario dispensador (oficina de farmacia o servicio de farmacia hospitalaria)