



(正面)
(Frente)
PSI/FI

澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
藥物監督管理局
Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

精神藥物季度流動報表
MAPA TRIMESTRAL DO MOVIMENTO DE PSICOTRÓPICOS

____ 季度 (____ / ____ / ____ 至 ____ / ____ / ____)
Trimestre a

商號: _____ 執照編號: _____
Firma Alvará n.º

地址: _____ 電話/傳真: _____
Endereço Tel./Fax

許可公布於《澳門特別行政區公報》第 _____ 期, ____ 日 ____ 月 ____ 年。
Autorização publicada no Boletim Oficial da RAEM n.º ____ de ____ / ____ / ____ .

獲許可之負責人姓名: _____ 簽名及蓋章: _____
Nome do Responsável autorizado Assinatura e Carimbo

官方專用 / PARA USO OFICIAL

藥劑師 Farmacêutico

收件編號 Entrada N.º: _____

日期 Data: ____ / ____ / ____

☐ 符合 Está conforme
☐ 首次更改 1.ª Correção: _____
報告 Informação: ____ / ____ / ____
日期 Data: ____ / ____ / ____

收件編號 Entrada N.º: _____

日期 Data: ____ / ____ / ____

☐ 符合 Está conforme
☐ 第二次更改 2.ª Correção: _____
報告 Informação: ____ / ____ / ____
日期 Data: ____ / ____ / ____

收件編號 Entrada N.º: _____

日期 Data: ____ / ____ / ____

☐ 符合 Está conforme
報告 Informação: ____ / ____ / ____
日期 Data: ____ / ____ / ____

備註 OBSERVAÇÕES:

監測廳廳長
Chefe do Departamento de Vigilância

(背面)
(Verso)

國際非專利名稱及商用名稱 Denominação Comum Internacional e Nome Comercial	鹽或鹼之名稱 Designação do Sal ou Base	劑型 Forma Farm.	含量 Dosagem	存貨數量 Existência de Unidades 於__日__月__年 em __/__/__	取得數量 N.º de Unidades Adquiridas	來源 Procedência	消耗數量 N.º de Unidades Consumidas	收貨人 Destinatário	存貨數量 Existência de Unidades 於__日__月__年 em __/__/__