Demo Hastanesi

KAN TRANSFÜZYON MERKEZİ (KTM) CRASH CARD FORMU (CERRAHİ SERVİSTE TAKİP EDİLEN EK FORM)

Doküman Kodu: TH.FR.034	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

	MİAD	MİN.	KRİTİK STOK	MAX	YIL																AY														
					GÜNLER																														
					01	02	03	04	05	06	07	08	09	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31
KAPRİL 25mg	01.24	1	1	3																															
RONKOTOL 2, 5mg	08.22	1	1	3																															
NASTIFRAN 20 mg	03.24	1	1	3																															
FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD																																			
FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA																																			
KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU					**TARİH:** **İMZA:**							**TARİH:** **İMZA:**								**TARİH:** **İMZA:**								**TARİH:** **İMZA:**							