



Doküman Kodu: HB.FR.017

Yayın Tarihi: 15.09.2021

Revizyon Tarihi: -

Revizyon No: 0

Sayfa: 1 / 1

KLİNİK ADI:.....

HASTANIN ADI SOYADI		DOĞUM TARİHİ	...../...../20...	
PROTOKOL NO		DOĞUM YERİ		
		CİNSİYETİ	Kadın [ ] Erkek [ ]	
Talimat		SÖZEL [ ] TELEFONLA [ ]		
Talimat Tarihi		...../...../20....	Talimat saati	
	İlacın adı	İlacın Dozu	İlacın Uygulama Yolu	Uygulanması istenen saat
1				
2				
3				
4				
5				
TALİMAT VEREN TABİP		TALİMAT ALAN BİRİNCİ KİŞİ (Tabip)	TALİMAT ALAN İKİNCİ KİŞİ (Hemşire)	
Adı Soyadı:		Adı Soyadı:	Adı Soyadı:	
Tel No:		İmza:	İmza:	

1.Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaç listesinde

yer alan ilaçlar için (resüsitasyon durumları hariç) sözel/telefon talimat kabul edilmez.

2. Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz

3. Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve "Benzer İlaç İsimleri Listesi"nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.

4. Tabipten alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, tabibe aynen "geri okunur" ve tabibin onayından sonra diğer adıma geçilir.

5. Talimatı veren tabip veya servis tabibi 24 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.

6. Eğer bölümde nöbetçi tabip bulunmuyorsa, sadece talimatı alan ikinci kişi kısmı doldurulur.

Onaylayanın

Adı - Soyadı :

Tarih :

İmzası : Saat :