Demo Hastanesi

ACİL MÜŞAHEDE ODASI CRASH CARD 2 İLAÇ KONTROL FORMU

Doküman Kodu: AS.FR.023	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

İLAÇ ADI	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
NEXİUM FLAKON	Temmuz 19	5	10	15																															
DESEFİN 1 GR	Mart 21	5	10	15																															
CEFAKS 750 FLAKON	Ekim 18	5	10	15																															
SULCİD FLAKON	Kasım 19	5	10	15																															
NOOTROPİL AMP.	Mayıs 19	10	20	30																															
DRAMAMİNE AMP.	Şubat 20	10	20	30																															
VENTOLİN NEB.	Kasım 19	10	15	20																															
COMBİVENT NEBÜL	Nisan 18	10	15	20																															
FLİXOTİDE NEB.	Temmuz 18	10	15	20																															
PULMİCORT NEBÜL	Şubat 18	10	15	20																															
PREDNOL 20	Nisan 18	5	8	10																															
PED. O2 MASKESİ	Eylül 18	10	20	30																															
PED.NEBÜL MASKESİ	Mayıs 22	10	20	30																															
PED. O2 KANÜLÜ	Ocak 20	10	20	30																															
YET. O2 MASKESİ	Temmuz 22	10	20	30																															
YET.NEB. MASKE	Mayıs 22	10	20	30																															
YET. O2 KANÜLÜ	Mart 22	10	20	30																															
PAROL FLK.	Nisan 19	10	20	30																															
FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE AD-SOYAD																																			
FORMU KONTROL EDEN HEMŞİRE İMZA																																			
KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU					**TARİH:** **İMZA:**							**TARİH:** **İMZA:**								**TARİH:** **İMZA:**								**TARİH:** **İMZA:**							