Demo Hastanesi

SAĞLIK TESİSLERİ İÇİN YARIM DOZ İLAÇ İMHA BİLDİRİM FORMU

Doküman Kodu: İY.FR.003	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 1

TARİH	İlaç Adı	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz (Yalnızca rakam ile yazılacaktır.)	Doz Birimi (Yalnızca MG, ML, IU yazılır.)	İmha Edilen Birim	Servis Hemşiresi Ad Soyad İmza

Servis Sorumlu Hemşiresi	Sorumlu Hekim

Evrakın Teslim Alındığına Dair
Eczacı/Eczane Sorumlusu

NOT: İlaç adı kısmına ilacın adı ve doz miktarı ile birlikte yazılması (DİKLORON 75MG/3ML İM AMPUL gibi), ilaç formu kısmına ampul flakon isimlerinin kısaltmasız büyük harfle yazılması, imha edilen doz sütununun da mg/ ml/IU hesabına göre rakamlarla doldurulması ve doz birimi sütununa da MG/ML/IU birimlerinden hangisi baz alındı ise ilgili alana doldurulması gerekmektedir. Sağlık Tesisi içinde Sorumlu Hemşire, Servis Hemşiresi ve Sorumlu Hekim tarafından doldurularak her hafta Eczaneye teslim edilmelidir.