Demo Hastanesi

KTM ACİL İLAÇ DONANIMI TAKİP FORMU

Doküman Kodu: TH.FR.015	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

İLAÇ/MALZEME	MİAD	MİN	KRT	MAX	AY/YIL:...../.... GÜNLERE GÖRE ADET SAYILARI																													
					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
ATROP.SÜLF.1/2 MG.	Şubat 23	1	2	2																															
ADRENALİN 05 MG.	Ekim 23	1	1	1																															
KAL.GLUKONAT %10 AMP.	Ocak 22	1	2	2																															
KCL 0,75'LİK AMP.	Mart 23	1	2	2																															
DEKORTN AMP.8 MG	Mart 24	1	2	2																															
NaHCO3 %8,4 AMP.	Ocak 23	1	2	5																															
AVİL AMP.	Ekim 21	1	2	3																															
VOMEPRAM 10MG.AMP.	Ağustos 21	1	2	3																															
DİAZEM AMP.																																			
TEOFİLİN AMP.	Temmuz 21	2	3	5																															
DİSTİLE SU AMP.	Temmuz 21	2	3	5																															
İZOSORDİL DİN.5 MG.SUBLİNG.TB.																																			
KAPTORİL TB.	Ocak 22	2	3	5																															
%0,9 NaCL 500 ML	Temmuz 22	1	2	3																															
%5 DEXT. 500 ML.	Nisan 22	1	2	3																															
ADRENALİN 1MG.	Mart 23	1	1	1																															
BÖBREK KÜVETİ		3	5	10																															
ENJ 5 ML	03.2024	2	4	7																															
ENJ 10 ML	03.2024	3	7	18																															
İNTRAKET NO:22	12.2024	5	8	11																															
KUSMA İÇİN NAYLON POŞET																																			
IV SIVI İNF.SETİ	Mayıs 22	5	7	14																															
DİSTİLE SU AMP.	Temmuz 21	2	3	5																															
ELASTİK BANDAJ	Mayıs 24	1	2	2																															
TANSİYON ALETİ		1	1	1																															
KONTROL EDEN :..... **(AD-SOYAD)** **İMZA/PARAF (kutucuklara)→**																																			
KONTROL EDEN BİRİM SORUMLUSU					TARİH:								TARİH:								TARİH:							TARİH:							
					İMZA:								İMZA:								İMZA:							İMZA:							

Demo Hastanesi

KTM ACİL İLAÇ DONANIMI TAKİP FORMU

Doküman Kodu: TH.FR.015	Yayın Tarihi: 15.09.2021	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 2 / 2

İLAÇ/MALZEME	MİAD	MİN	KRT	MAX	AY/YIL:...../.... GÜNLERE GÖRE ADET SAYILARI																														
					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
STETESKOP		1	1	1																															
ENDOTRAK.TÜP 7,0	Ağustos 25	1	2	3																															
ENDOTRAK.TÜP 7,5	Temmuz 25	1	2	3																															
ENDOTARK.TÜP 8.5																																			
ENDOTRAK.TÜP 9.0																																			
AİRWAY NO:5	Mart 24	2	4	7																															
RULO SPANÇ	Şubat 23	3	5	10																															
ASP. SONDASI	Haziran 22	2	3	4																															
OKSİJ.MASK.(YET.)	Kasım 24	1	2	2																															
OKSİJ.MASK.(PED.)	06.2022	1	2	2																															
NAZ.KANÜL(YET.)	05.2025	1	2	2																															
NAZ.KANÜL(PED.)	05.2024	1	2	2																															
ASP.CİHAZI																																			
AMBU CİHAZ SET		1	1	1																															
OKSİJEN TÜP																																			
AMP.MUHAFAZA KUTUSU																																			
LARİNGOSKOP		1	1	1																															
LARİNGOS.PİLİ	Aralık 22	2	3	4																															
AYAKLI SER.ASKI		1	1	1																															
ELDİVEN																																			
SERUM SETİ	Mayıs 22	3	8	14																															
KONTROL EDEN :..... **(AD-SOYAD)** **İMZA/PARAF (kutucuklara)→**																																			
KONTROL EDEN BİRİM SORUMLUSU					TARİH:								TARİH:								TARİH:							TARİH:							
					İMZA:								İMZA:								İMZA:							İMZA:							