(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)

ACİL MÜŞAHEDE ODASI DOLAP 2 İLAÇ KONTROL FORMU

Doküman Kodu: ASH.FR.011	Yayın Tarihi: 28.11.2026	Revizyon Tarihi: -	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 2

YIL: ..... AY:.....					GÜNLER																												
MALZEME/İLAÇ	MİAD	MİN	KR.	MAX	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
1. RAF																																			
PRONAT SÜSP.	01.25	1	2	3																															
DUPHALAC SÜSP.	07.26	1	2	3																															
CARBOMİX SOLS.	10.27	2	3	5																															
VEMCAİNE SPREY	07.24	1	2	3																															
2. RAF																																			
ARVELES AMPUL	10.26	10	20	40																															
DİKLORON AMP.	12.25	60	100	180																															
BUSCOPAN AMP.	09.26	60	90	120																															
OMNİPOL FLK.	12.25	3	6	10																															
3. RAF																																			
PREDNOL 40 AMP.	07.24	15	20	40																															
VİTABİOL C. AMP.	06.23	20	30	50																															
CEFAKS FLK.		5	8	12																															
NOVALGİN AMP.	03.25	10	20	40																															
4. RAF																																			
CEZOL FLK.	11.25	5	8	12																															
COMBİVENT NEB.	12.24	10	15	25																															
MUSCORİL AMP.	10.25	60	90	180																															
ULCEZOL	10.24	10	20	40																															
5. RAF																																			
FLİXOTİDE 2 MG		5	10	25																															
ECOPİRİN 100 MG.	04.24	5	10	15																															
SABALAKS ENEMA	10.27	10	15	25																															
GENTA AMP.		3	4	7																															
NOOTROPİL AMP.	05.24	20	30	60																															
6. RAF																																			
VOLUVEN SOLS.500 CC.		2	3	5																															
MANNİTOL 100 CC.		1	2	3																															

(Logonuz Burada)

Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)
ACİL MÜŞAHEDE ODASI DOLAP 2 İLAÇ KONTROL FORMU

YIL: ..... AY:.....					GÜNLER																												
MALZEME/İLAÇ	**MİAD**	**MİN**	**KR.**	**MAX**	**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**
RINGER LAKTAT 500cc	06.24	2	3	5																															
METROSEL MED.	12.24	5	8	10																															
FORMU KONTROL EDEN AD-SOYAD																																			
FORMU KONTROL EDEN İMZA																																			
KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU					Tarih/İmza							Tarih/İmza							Tarih/İmza							Tarih/İmza								