| (Logonuz Burada) | **Demo Sağlık Tesisi (Prokalite.Com)**<br>SÖZLÜ VE TELEFONLA TABİP TALİMATLARI FORMU | |
|---|---|---|

| Doküman Kodu: HGH.FR.001 | Yayın Tarihi: 28.11.2026 | 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:**<br>**Tel No:** | **Adı Soyadı:**<br>**İmza:** | **Adı Soyadı:**<br>**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 :**