|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İLAÇ VE TIBBI SARF MALZEME KIRILMA ve KAYIP OLAY FORMU**  **(ÖZELLİKLİ BİRİMLER VE SERVİS İÇİN)** | | |
| **OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ ÖZELLİKLİ BİRİMİN VEYA SERVİSİN ADI:** | TARİH: / / SAAT: | |
| **İLACIN JENERİK ADI/FORM ŞEKLİ** |  | |
| **İLACIN MİKTARI** |  | |
| **OLAYIN GERÇEKLEŞME NEDENİ** |  | |
| **KAYIP KIRILMA** | | |
| **OLAYIN NASIL GERÇEKLEŞTİĞİNİN AÇIKLAMASI** | | |
| **OLAYA TANIK OLAN KİŞİ VAR YOK** | | |
| **OLAYI GÖREN KİŞİ/KİŞİLER ADI SOYADI** | | **İMZA** |
| **1-** | |  |
| **2-** | |  |
| **3-** | |  |
| **OLAYI/DURUMU TESPİT EDEN KİŞİ/KİŞİLER ADI-SOYADI-GÖREVİ** | | **İMZA** |
| **1-** | |  |
| **2-** | |  |
| **3-** | |  |
| **ONAYLAYAN KİŞİLER** | | **İMZA** |
| **SORUMLU/NÖBETÇİ UZMAN HEKİMİ AD-SOYADI** | |  |
| **SORUMLU/NÖBETÇİ HEMŞİRESİ ADI-SOYADI** | |  |
| **SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜ** | |  |