|  |
| --- |
| **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** |  |