EK-1: YARIM DOZ İLAÇ BİLDİRİM FORMU (Sağlık Tesisi Formatı)

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ …….…….. İLİ …….…….. HASTANESİ	**SAĞLIK TESİSİ YARIM DOZ İLAÇ İMHA FORMU** **(Sağlık Tesisi içinde Servis Hemşiresi, Servis Sorumlu Hemşiresi ve Hekim tarafından doldurularak her hafta Eczaneye teslim edilmelidir.)**			
YAYIN TARİHİ DOKÜMAN KODU	REV. TARİHİ	REV. NO	SAYFA NO	
TARİH:				

İlaç Adı	İlaç Formu (Ampul,Flakon)	İmha Edilen Doz (Yalnızca rakam ile yazılacaktır.)	Doz Birimi (Yalnızca MG,ML,IU yazılır.)	İmha Edilen Birim

Servis Sorumlu Hemşiresi **Sorumlu Hekim** **Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü**

Evrakın Teslim Alındığına Dair

Eczacı

NOT: İlaç adı kısmına ilacın adı ve doz miktarı ile birlikte yazılması, ilaç formu kısmına ampul flakon isimlerinin kısaltmasız büyük harfle yazılması, imha edilen doz sütununun da **mg/ ml/IU** hesabına göre rakamlarla doldurulması ve doz birimi sütununa da MG/ML/IU birimlerinden hangisi baz alındı ise ilgili alana doldurulması gerekmektedir.