| | | | |
|---|---|---|---|
| T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ | **T.C.**<br>**SAĞLIK BAKANLIĞI**<br>**KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ**<br>**İLAÇ VE TIBBİ SARF MALZEME İADE FORMU** | | T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ |
| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon Tarihi | Revizyon No |

İadeyi Yapan Birim Adı: Tarih: ...../...../.....

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

İade Nedeni: ☐ Taburcu ☐ Miad Yaklaşımı

☐ Ex ☐ Diğer

☐ Order Değişikliği

| SIRA NO | İLAÇ VEYA SARF MALZEME ADI | MİKTAR | SON KULLANMA TARİHİ |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

İadeyi Yapan

Adı Soyadı:

Servisi / Birimi:

İadeyi Teslim Alan

Adı Soyadı:

Servisi / Birimi:

*Servis iadeleri hasta bazlı yapılmalı, hasta bilgileri mutlaka doldurulmalıdır ancak özellikli birimlerden malzeme iadesi yapılacağı zaman iadeler için hasta bilgileri alanı boş bırakılarak bu form kullanılabilir. İade formunun bir nüshası iadeyi yapan birimde, bir nüshası eczane/tıbbi sarf depoda kalacaktır.