	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: İY.FR.01 Yayın Tarihi : 13.05.2016 Revizyon Tarihi: Revizyon No : 00
	YARIM DOZ İLAÇ İMHA BİLDİRİM FORMU	

Tarih: ..../...../……..

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 (DİKLORON 75MG/3ML İM AMPUL gibi), 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.