

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: İY.FR.02
		Yayın Tarihi : 13.05.2016
		Revizyon Tarihi:
		Revizyon No : 00
ECZANE İLAÇ ve TIBBİ SARF MALZEME KIRILMA ve KAYIP OLAY FORMU		

OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ KLİNİĞİN ADI:	TARİH: / / SAAT:
İLACIN JENERİK ADI/FORM ŞEKLİ	
İLACIN MİKTARI	
OLAYIN GERÇEKLEŞME NEDENİ	
KAYIP <input type="checkbox"/>	
KIRILMA <input type="checkbox"/>	
OLAYIN NASIL GERÇEKLEŞTİĞİNİN AÇIKLAMASI	
OLAYA TANIK OLAN KİŞİ <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> 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 ECZACI	
ECZANEDEN SORUMLU BAŞHEKİM YRD	