

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: İY.FR.03
		Yayın Tarihi : 13.05.2016
		Revizyon Tarihi:
		Revizyon No : 00
<b>ÖZELLİKLİ BİRİM İLAÇ ve TIBBİ SARF MALZEME KIRILMA VE KAYIP OLAY FORMU</b>		

<b>OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ ÖZELLİKLİ BİRİMİN VEYA SERVİSİN ADI:</b>	TARİH: / / SAAT:
<b>İLACIN JENERİK ADI/FORM ŞEKLİ</b>	
<b>İLACIN MİKTARI</b>	
<b>OLAYIN GERÇEKLEŞME NEDENİ</b>	
<b>KAYIP</b> <input type="checkbox"/> <b>KIRILMA</b> <input type="checkbox"/>	
<b>OLAYIN NASIL GERÇEKLEŞTİĞİNİN AÇIKLAMASI</b>	
<b>OLAYA TANIK OLAN KİŞİ</b> <input type="checkbox"/> VAR <input type="checkbox"/> YOK	
<b>OLAYI GÖREN KİŞİ/KİŞİLER ADI SOYADI</b>	<b>İMZA</b>
1-	
2-	
3-	
<b>OLAYI/DURUMU TESPİT EDEN KİŞİ/KİŞİLER ADI-SOYADI-GÖREVİ</b>	<b>İMZA</b>
1-	
2-	
3-	
<b>ONAYLAYAN KİŞİLER</b>	<b>İMZA</b>
<b>SORUMLU/NÖBETÇİ UZMAN HEKİMİ AD-SOYADI</b>	
<b>SORUMLU/NÖBETÇİ HEMŞİRESİ ADI-SOYADI</b>	
<b>SAĞLIK BAKIM HİZMETLERİ MÜDÜRÜ</b>	