	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Kahramanmaraş Ağız ve Diş Sağlığı Hastanesi	Doküman Kodu: İY.FR.06 Yayın Tarihi : 13.05.2016 Revizyon Tarihi: Revizyon No : 00
	İLAÇ ve TIBBİ SARF MALZEME İADE FORMU	

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

Hastanın Adı Soyadı:

Protokol No:

İade Nedeni: ☐ Taburcu ☐ Miad Yaklaşımı ☐ Ex ☐ Order Değişikliği ☐ Diğer

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.