|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **indir** | **SAVUR PROF. DR. AZİZ SANCAR İLÇE DEVLET HASTANESİ**  **İLAÇ VE TIBBI SARF MALZEME KIRILMA ve KAYIP OLAY FORMU**  **(ÖZELLİKLİ BİRİMLER VE SERVİS İÇİN)** | | | | | |
| **KODU: İY.FR.11** | **YAYINLANMA TARİHİ:07.08.2018** | **REVİZYON TARİHİ:05.01.2022** | | | **REVİZYON NO: 01** | **SAYFA NO:1** |
| **OLAYIN GERÇEKLEŞTİĞİ ÖZELLİKLİ BİRİMİN VEYA SERVİSİN ADI:** | | | **TARİH:…/…./….. SAAT: …. : …..** | | | |
| **İLACIN JENERİK ADI/FORM ŞEKLİ** | | |  | | | |
| **İLACIN MİKTARI** | | |  | | | |
| **OLAYIN GERÇEKLEŞME NEDENİ** | | |  | | | |
| **KAYIP KIRILMA** | | | | | | |
| **OLAYIN NASIL GERÇEKLEŞTİĞİNİN AÇIKLAMASI:** | | | | | | |
| **OLAYA TANIK OLAN KİŞİ VAR 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/NÖBETÇİ UZMAN HEKİMİ AD-SOYADI** | | | |  | | |
| **SORUMLU/NÖBETÇİ HEMŞİRESİ ADI-SOYADI** | | | |  | | |