



T.C.
KÜTAHYA SAĞLIK BİLİMLERİ ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

YARIM DOZ İLAÇ İMHA FORMU

Kod: İY.FR.06

Yayın Tarihi:15.12.2020

Revizyon No: 00

Revizyon Tarih:

S.N:1/1

TARİH:				
İlaç Adı	İlaç Formu (Ampul, Flakon)	İmha Edilen Doz (Yalnızca rakam ile yazılacaktır.)	Doz Birimi (Yalnızca MG, ML, IU yazılır.)	İmha Edilen Birim
Birim Sorumlu Hemşiresi	Sorumlu Hekim	Başhemşire		
Evrakın Teslim Alındığına Dair				
Eczacı/İlaç Depo Sorumlusu				
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.				
SAĞLIK TESİSİ YARIM DOZ İLAÇ İMHA FORMU				
(Sağlık Tesisi içinde Servis Hemşiresi, Servis Sorumlu Hemşiresi ve Hekim tarafından doldurularak her hafta Eczaneye teslim edilmelidir.)				