

KOD	YAYINTARİHİ	REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	SAYFA NO
SİY.FR.13	01.01.2017	----	0	1 / 1

Klinik Adı :

Hasta Bilgileri*	
Adı Soyadı	:
TC Kimlik No	:
Protokol No	:
Oda No	:

Sıra No	İlacın Adı	Son Kullanma Tarihi	Adedi	Teslim Tarihi	Teslim Alan	İade Tarihi	İade Adedi	İade Eden
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../201...		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../20....		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../201...		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../201...		...../...../20....		...../...../20....		
		...../...../201...		...../...../20....		...../...../20....		

* Hasta bilgileri Bölümüne Hasta Yatış Barkodu Yapıştırılabilir

NOT : Taburculuk sırasında; kalan ilaçlar hastaya teslim edilerek kayıt altında alınacaktır. Bu form hasta dosyasına konulacaktır.