

	HASTANIN BERABERİNDE GETİRDİĞİ İLAÇLARIN TESLİM FORMU			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
İY.FR.03	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 1

Hastanın Adı Soyadı:							
Protokol No:				Servis:			
TESLİM ALINAN				TESLİM EDİLEN			
İLACIN ADI	FORMU	MİKTARI	MİYADI	İLACIN ADI	FORMU	MİKTARI	MİYADI
TESLİM ALDIĞI				TESLİM ALAN			
Hemşirenin;				Hasta yada hasta yakını;			
Adı Soyadı:				Adı Soyadı:			
İmzası:				İmzası:			
Tarih:				Tarih:			