



**Özel Ekol Hastanesi**  
**NARKOTİK İLAÇ İSTEM FORMU**



**İstem Yapan Bölüm:**

**Tarih : ...../...../20.....**

İLAÇ İSMİ - MG / ML	FORMU (AMPUL, TABLET VB.)	ADETİ

İstemi Yapan Narkotik İlaç Sorumlusu  
Ad-Soyad / İmza

İstemi Onaylayan Hekim  
Ad-Soyad / İmza

İstemi Kabul Eden Eczacı  
Ad-Soyad / İmza

<i>Doküman No</i> <i>İY.FR.06</i>	<i>Yayın Tarihi</i> <i>29.02.2016</i>	<i>Revizyon No</i> <i>02</i>	<i>Revizyon Tarihi</i> <i>02.05.2023</i>
--------------------------------------	--	---------------------------------	---