



Özel Ekol Hastanesi
ANTİBİYOTİK İLAÇ İZLEM FORMU



Tarih/Saat:		Bölüm:	
Hastanın Adı Soyadı:		Protokol No:	
İlacın Adı:		Kullanılan Adet:	
Kullanılan Miktar:		İmha edilen Miktar:	
Tanı:		Not:	

Sağlık Personeli

Adı- Soyadı:

İmza

Eczacı

Adı-Soyadı:

İmza

Doktor

Adı Soyadı:

İmza

*Bu form iki nüshadan oluşur. 1 tanesi eczaneye teslim esnasında verilir, diğeri bölümde saklanır.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İY.FR.02	22.07.2020	00	02.05.2023	1 / 1