



Özel EKOL HASTANESİ
SÖZEL veya TELEFON İLE YAPILAN
HEKİM TALİMAT FORMU



KLİNİK ADI:

| | | | |
|---------------------|--|------------|---------------------|
| HASTANIN ADI SOYADI | | DOĞUM TAR. |/...../20... |
| PROTOKOL NO | | DOĞUM YERİ | |
| | | CİNSİYETİ | Kadın [] Erkek [] |

| | | | |
|----------------|-------------------------|---------------------|--|
| Talimat | SÖZEL [] TELEFONLA [] | | |
| Talimat Tarihi |/...../..... | Talimat saati:..... | |

Hastanın Yakınması:.....

| | İlacın adı | İlacın Dozu | İlacın Uygulama Yolu | Uygulanması istenen saat |
|---|------------|-------------|----------------------|--------------------------|
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

| TALİMAT VEREN TABİP | TALİMAT ALAN BİRİNCİ KİŞİ | TALİMAT ALAN İKİNCİ KİŞİ |
|---------------------|---------------------------|--------------------------|
| Adı Soyadı: | Adı Soyadı: | Adı Soyadı: |
| Tel No: | | |
| | İmza | İmza |

1. Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için (resüsitasyon durumları hariç) sözel/telefon talimat kabul edilmez.
2. Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz
3. Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve "Benzer İlaç İsimleri Listesi"nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.
4. Tabipten alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, tabibe aynen "geri okunur" ve tabibin onayından sonra diğer adıma geçilir.
5. Talimatı veren tabip veya servis tabibi 24 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.
6. Eğer bölümde nöbetçi tabip bulunmuyorsa, sadece talimatı alan ikinci kişi kısmı doldurulur.

Onaylayan

Adı – Soyadı :
Tarih :
İmzası :
Saat :

| | | | | |
|------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon No | Revizyon Tarihi | Sayfa No |
| HB.FR.22 | 01.01.2008 | 03 | 12.01.2016 | 1 / 2 |



Özel EKOL HASTANESİ
SÖZEL veya TELEFON İLE YAPILAN
HEKİM TALİMAT FORMU



| Hazırlayan | Hazırlayan | Kontrol Eden | Kontrol Eden |
|---|---|--------------------------------------|--|
| Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ | Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Cemşah FAZİCİ | Hastane Müdürü Mustafa İŞKİNAL SÜ | Tedavi ve Bakım Hiz. Müd. Yeşim İNCİ |
| Son Kontrol | | Onay | |
| Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay Çağlar | | Başhekim Op. Dr. Sabhan Gazioglu | |

| Doküman No | Yayın Tarihi | Revizyon No | Revizyon Tarihi | Sayfa No |
|------------|--------------|-------------|-----------------|----------|
| HB.FR.22 | 01.01.2008 | 03 | 12.01.2016 | 2 / 2 |