



Özel Ekol Hastanesi



ECZANE İLAÇ GÜVENLİĞİ TAKİP FORMU

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
MC.FR.50	11.08.2022	00	-	1 / 1

Tarih/Dönem:	ilaç ismi/Miktarı	ilaç ismi/Miktarı	ilaç ismi/Miktarı
Narkotik ilaç İade Edilen Kısmi Doz Miktarı			
Antibiyotik İade Edilen Kısmi Doz Miktarı			
İmha Edilen İlaç Miktarı (son kullanma tarihi geçen, kırılan, uygunsuzluğu gözlenen)			
Yüksek Riskli İlaç Kullanım ve Temin Durumu			
Advers Etki Bildirimi			

ECZACI

Teslim Tarihi:

İsim / Soy isim:
İmza: