



EGE ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

IV ve IM İLAÇ UYGULAMA FORMU

Doküman Kodu	SİY.FR.02
Yayın Tarihi	27.05.2022
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 1

Klinik Adı :

Protokol No :

Hastanın Adı Soyadı / TC :

Cinsiyeti :

Doğum Tarihi :

Talimatın Tarihi :

Talimat Saati :

Klinik Tanı :

Kısa Klinik Özet :

.....

İlacın Adı	İlacın Dozu	İlacı Uygulama Şekli	İlacın Son Kullanım Tarihi	Talimat Nedeni	Reçete Varlığı / Yokluğu

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder ve aksi durumda olası tıbbi /etik/ hukuksal/ mali süreçlerin sorumluluğunu kabul ederim.

Talimatı Veren Kişi
Adı-Soyadı/Ünvanı/İMZA

Talimatı Alan (Uygulayan) Kişi
Adı-Soyadı/Ünvanı/İMZA

.....

.....

* Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz.

* Reçete (varsa) fotokopisi forma eklenmelidir.