



EGE ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HASTANESİ
SÖZEL VEYA TELEFON İLE ORDER ALMA İSTEM
FORMU

Doküman Kodu	SİY.FR.11
Yayın Tarihi	01.10.2024
Revizyon Tarihi	00
Revizyon Numarası	00
Sayfa No	1 / 1

ALERJİ ÖYKÜSÜ Yok Var Servis : Sözel İstem Telefon ile istem

Primer Hekim : Ameliyatta Hastane Dışında Acil Durum Diğer İstemi Veren Hekim Ad- Soyad :

İLAÇ İSTEMLERİ

İlacın Adı	Dozu	Sıklığı	Uygulama Yolu	Saati

SIVI İSTEMLERİ

Sıvının Açık Adı	İstem Uygulanacağı Saat	Yüzdesi (konsantrasyonu)	Toplam Hacmi	Veriliş Hızı (ml/k, ml/ saat vb.)

DİĞER İSTEMLER

Sözel veya Telefon ile İstem Alındığı Tarih – Saat:

Yukarıda Dr.....

Tarafından verilmiş olan sözel istemi telefonda iken yazılı hale getirdim. Yazılı metin üzerinden okuyarak teyit ettirdim. Formu hasta dosyasına ekledim.

İmza:

Sözel İstemi Alan Kişinin Adı – Soyadı:

...../...../..... Tarihinde saat.....de vermiş olduğum,.....tarafından alınmış olan sözel istemi onaylıyorum.

Sözel Order Veren Hekimin Adı – Soyadı :

Tarih:.....

İmza:

Saat: