SURUÇ DEVLET HASTANESİ	AŞI VE SOĞUK ZİNCİR İLAÇLARIN TAKİP FORMU			
Doküman no: İY.FR.021	Yayın tarihi:17.11.2020	Revizyon tarihi:00	Revizyon no:00	Sayfa 1 / 1

SERVİS : **TARİH:**

Birimde bulunan aşı ve soğuk zincir ilaçları teslim aldım ve gün içerisinde şemada gösterilen hastalara uygulanmıştır.

	08-16		16-08		ZAYİ OLAN		ECZANEDEN ALINAN		SON KULLANMA TARİHİ
İLAÇ ADI	T.ALINAN	T.EDİLEN	T.ALINAN	T.EDİLEN	(08-16)	(16-08)	08-16	16-08	

AŞI YA DA SOĞUK ZİNCİR İLAÇ KULLANILAN HASTA ADI-SOYADI	PROTOKOL NO	KULLANILAN AŞI YA DA İLACIN ADI VE MİKTARI	DOKTOR ADI	UYGULAYAN PERSONEL	İMZA

TESLİM ALAN (08-16)	TESLİM ALAN(16-08)	
TESLİM EDEN(08-16)	**TESLİM EDEN(16-08)**	

KONTROL EDEN SERVİS SORUMLUSU: