|  |
| --- |
| AMELİYATHANE /YATAKLI SERVİS/ KLİNİK:……………..TARİH:……/……… 20..….  İMHA:……./……/ 20……. Tarihinde saat………da ……………………….isimli ilaçtan ………………………..imha edilmiştir.İmha Nedeni:  ZAYİ:……./……./ 20…… Tarihinde saat………..da ……………………isimli ilaç zayi olmuştur.Zayi Nedeni:İş bu form tarafımızca tutulmuştur. Hemşire /Anestezi Teknikeri Ameliyathane İlaç Ecza Deposu  Adı- Soyadı Adı-SoyadıONAYLAYANİlaç Yönetim Ekibi |