|  |
| --- |
| 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-Soyadı  ONAYLAYAN  İlaç Yönetim Ekibi |