Birim/Klinik Adı:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 1 | **İlaç ve Malzeme Adı** | **Birimi** | **Miktarı** | **Tutarı** | **İmha Etme Sebebi** | **Ne Şekilde İmha Edileceği** |
| **2** |  |  |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |  |  |
| **6** |  |  |  |  |  |  |
| **7** |  |  |  |  |  |  |
| **8** |  |  |  |  |  |  |
| **9** |  |  |  |  |  |  |
| **10** |  |  |  |  |  |  |

**İmha Etme Sebepleri: Miadının geçmesi, Kırılması, Kontamine olması, Bozulması vb.**

Yukarıdaki listede adı ve miktarı belirtilen ….. kalem ……..adet ilaç ve malzemenin, aşağıda imzaları bulunan kişilerin huzurunda imha edilmek üzere ayrılmasına karar verilmiştir.

…./…/…….

Ecza Depo Anestezi Uzmanı

(İmza /Kaşe) (İmza/Kaşe)

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Yukarıda belirtilen ürünlerin imhası hususunu onaylarınıza arz ederim. | ……./……./…….. | Fakülte Sekreteri  ( İmza/Kaşe) |
| Uygundur/ Uygun Değildir | ……./……/……… | Dekan Yardımcısı  ( İmza/Kaşe) |