|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **HASTANIN ADI SOYADI** |  | **DOĞUM TARİHİ** | | ………/……../20…… |
| **PROTOKOL NO** | **T.C.** | **DOĞUM YERİ** | |  |
| **CİNSİYETİ** | | **Kadın [ ] Erkek [ ]** |
| **Talimat** | **SÖZEL [ ] TELEFONLA [ ]** | | | |
| **Talimat Tarihi** | ………./………/20…… | | **Talimat Tarihi** | |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **İlacın adı** | **İlacın Dozu** | **İlacın Uygulama Yolu** | **Uygulanması istenen saat** |
| **1** |  |  |  |  |
| **2** |  |  |  |  |
| **3** |  |  |  |  |
| **4** |  |  |  |  |
| **5** |  |  |  |  |

İSTEM TEKRAR OKUNDU [ ] İSTEM ONAYLANDI [ ]

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **TALİMAT VEREN TABİP** | **TALİMAT ALAN BİRİNCİ KİŞİ**  **(Doktor)** | **TALİMAT ALAN İKİNCİ KİŞİ**  **(Hemşire)** |
| Adı Soyadı:  Tel No: | Adı Soyadı:  İmza: | Adı Soyadı:  İmza: |

AÇIKLAMALAR:

1. **Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz.**
2. **Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve “Benzer İlaç İsimleri Listesi”nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.**
3. **Doktordan alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, tabibe aynen “geri okunur” ve tabibin onayından sonra diğer adıma geçilir.**
4. **Talimatı veren tabip veya servis tabibi 8 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.**

Onaylayanın

Adı – Soyadı :

Tarih :

İmzası :

Saat: