



Tarih: ____ / ____ / ____

Geri Çağırılan Eczacı:

İlacın Adı, Etken Madde Miktarı ve Farmasötik Şekli:

Üretici Firma:

Çağırılan İlaç Lot Numaraları:

Yukarıda adı geçen ilaçları kullanmakta olan hastaların ilaçlarını ve stoklarındaki ilaçları kontrol ediniz. Belirtilen lot numaralarına sahip ilaçlarınız mevcutsa hemen diğer ilaçlardan ayırarak kullanılmalarını engelleyiniz. Bölümünüzdeki diğer personeli konu ile ilgili bilgilendiriniz.

Çağrıya Cevap Veren Personel:

Bölüm ve Ünvanı:

Yuxarıda adı geçen lot numaralarına sahip ilaç tespit ettiniz mi?

☐ EVET

☐ HAYIR

Yanıtınız EVET ise lütfen aşağıda sizden istenen bilgileri eksiksiz tamamlayınız.

Çağırılan İlaçlardan Sizin Topladıklarınızın		İlacın Geri Alındığı
Lot Numarası	Miktarı	Hastanın Adı Soyadı (Eğer hastanın ilaçlarından alındı ise)

Not:Çağrıya mümkün olduğunca kısa süre içinde (en geç 24 saat içinde) cevap veriniz.
Kendi kayıtlarınız için bir kopya saklayınız.
İlaçları çağrıyı alır almaz toplayınız ve en geç 3 gün içinde Eczaneye iade ediniz.*