



Bölüm:	Tarih: ____ / ____ / ____
Temel İlaç Listesine Eklenmesi İstenen İlacın	
Adı / Formu / Uygulama Yolu:	
Farmakolojik Grubu:	
Etken Maddesi / Miktarı:	
Firması:	
Bu ilaca neden ihtiyaç duyduğunuzu detaylı bir şekilde yazın lütfen:	
Talebi Yapan Hekim Ad Soyad İmza	Talebi Onaylayan Bölüm Başkanı / Başhekim Ad Soyad İmza
Formu tam olarak doldurup Eczane Sorumlusuna teslim ettiğiniz için teşekkür ederiz.	
Bu Kısım Eczane Sorumlusu tarafından doldurulacaktır:	
Temel İlaç Listesine Eklenmesi İstenen İlaç ile;	
Aynı Grupta Olan Farklı İçerikli İlaçlar:	
Aynı Etken Maddeyi İçeren Benzer İlaçlar:	
Tespit Edilen Avantajları:	
Tespit Edilen Dezavantajları:	
Talep ____ / ____ / ____ tarihli İlaç ve Eczacılık Komitesi toplantısında değerlendirilmiştir.	
Sonuçta talep edilen ilacın Temel İlaç Listesine eklenmesi kabul edilmiştir / kabul edilmemiştir.	
Kabul edilmemesinin nedeni:	
İlaç ve Eczacılık Komitesi Başkanı:	İlaç ve Eczacılık Komitesi Komite Sekreteri: