

		HEKİM İSTEM VE İLAÇ KONTROL FORMU		HASTA BARKODU				
Tanı:				Doğum Tarihi:	Cinsiyet: ☐ Erkek ☐ Kadın			
Alerji Öyküsü:	Yok Var	Belirtiniz:	Vücut Yüzeyi / Ağırlık/Boy:	Ölçülmedi	Servis:			
☐ Gebelik dönemi		☐ Emzirme dönemi	☐ Pediatrik Hasta	Kemoterapi Alan Hasta	Diğer: (Özellik var ise belirtiniz)			
Bilinen Kontrendike İlaç:		☐ Yok ☐ Var:						
Kontrvizit istemlerinde istemin yanında tarih, saat ve istemi yapan hekimin imzası ayrıca belirtilmelidir.				H.K.İ: Hastanın Kendi İlacıdır				
İlaç istemleri her gün açık şekilde tekrar yazılır. İstemlerde, bir önceki isteğin aynısı, tekrarı gibi ifadelere yer verilmez.								
Lüzumu halinde kullanılacak ilaçların yazılması aşamasında ilacın adı, dozu, uygulanış şekli, sıklığı ve hangi durumlarda kullanılacağı yazılmalıdır.								
Hekim						Hemşire		
CV Tarihi / Saati / Hekim Ad-Soyad/İmza	İLAÇ ADI	FARMASOTİK ŞEKLİ	DOZU	SIKLIĞI	UYGULAMA YOLU	H.K.İ	İstemin Alınma Onayı / Paraf	Eczaneden Gönderilen İlacın Teslim Alınma Onayı / Paraf
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								
DİĞER İSTEMLER								
16								
17								
18								
19								
20								
21								
22								
23								
24								
25								
İSTEM YAPAN HEKİMİN ADI SOYADI:		TARİH-SAAT:		İMZA:				
ECZANE TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR								
İlaç-İlaç Etkileşimi: ☐ Yoktur ☐ Vardır		İlaç-Besin Etkileşimi: ☐ Yoktur ☐ Vardır						
UYARI NOTU:								
ECZACININ ADI SOYADI:		TARİH-SAAT:		İMZA:				