



Alerji Öyküsü: ☐ Yok ☐ Var Belirtiniz

Servis:

☐ Sözel İstem

☐ Telefon İle İstem

Primer Hekim: ☐ Ameliyatta ☐ Hastane Dışında ☐ Acil Durum Diğer

İstemi Veren Hekim Ad-Soyadı:

Sözel veya telefon ile istem alınırken;

İkili kimlik doğrulaması yapıldıktan sonra istemler yazılı hale getirilir.

Değişik isimler, ilaç adları vb kodlanması istenerek yazılır ve yazılan isim, ilaç adları vb. istemi yapan kişiye kodlanarak teyit ettirilir.

İstem yaparken ve yazılırken kısaltma kullanılmaz.

Form Hasta Dosyasına derhal eklenir.

Rakamlar yazıldıktan sonra teker teker istemi veren kişiye okunur.

Form, 24 saat içerisinde sözel istemi veren hekim tarafından onaylanır.

İLAÇ İSTEMLERİ

İlacın Adı	Farmosotik Şekli	Dozu	Sıklığı	Uygulama Yolu	Saati

SIVI İSTEMLERİ

Sıvının Açık Adı	İstemin Uygulanacağı Saat	Yüzdesi (konsantrasyonu)	Toplam Hacmi	Veriliş Hızı (ml/dk, ml/saat v.b.)

DİĞER İSTEMLER

Sözel veya Telefon İle İstemin Alındığı Tarih-Saat:

Yukarıda Dr..... tarafından verilmiş olan sözel istemi telefonda iken yazılı hale getirdim. Yazılı metin üzerinden okuyarak teyit ettirdim. Formu hasta dosyasına ekledim.

Sözel İstemi Alan Kişinin Adı-Soyadı:

İmza:

Yukarıda verilmiş olan istem, hasta adına verilen son istemle birlikte etkileşim ve doz aşımı açısından değerlendirilmiştir. (Not*:Sistemsel bir anıza olduğu durumunda,Hbys üzerinden Sözel Order girişi yapılmadığında form eczaneye gönderilir.)

Eczacının Adı-Soyadı:

İmza:

Saat:

...../...../..... Tarihinde saat de vermiş olduğum, tarafından alınmış olan sözel istemi onaylıyorum.

Sözel Order Veren Hekimin Adı-Soyadı:

Tarih:

İmza:

Saat: