



**YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ**

YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Eczane Sorumlusu	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

1. AMAÇ

Yüksek riskli ilaçların (YRİ) güvenli olarak saklanması, isteminin yapılması, eczaneden dağıtımı, hazırlanması ve uygulanması için kuralları belirlemek; olası ilaç hatalarını önlemek ve riskleri azaltmak için yöntem geliştirmektir.

2. KAPSAM

Bu talimat Eczacılık Hizmetlerini, Hemşirelik Hizmetlerini kapsar.

3. KISALTMALAR:-

4. TANIMLAR

4.1. Yüksek Riskli İlaç: Hatalı kullanıldıklarında hastada geçici veya kalıcı hasara ve/veya ölüme neden olabilecek etkiler meydana getirme riski yüksek olan ilaçlardır.

4.2. Yan Etki: Bir beşeri tıbbi ürünün normal dozlarda kullanımında, terapötik etkilerinin dışında ortaya çıkan istenmeyen etkidir.

4.3. İlacın Sulandırılması: İlacın kendi çözeltisi ile karıştırarak sıvı hale getirilmesidir.

4.4. İlacın Seyreltilmesi: Dilue edilmiş (sulandırılmış) bir ilacın mayi içerisine katarak daha az yoğun duruma getirilmesidir.

4.5. Çift Kontrol: Yüksek riskli ilaçların uygulama öncesi hazırlayan kişi dışında ikinci bir sağlık çalışanı tarafından, ilaç adı, dozu, veriliş yolu, veriliş sıklığı, uygulama yolu, uygulama saati ve seyretilecek mayi bilgilerinin kontrol edilmesidir.

4.6. Eşdeğer İlaç: Referans ürün ile aynı aktif maddeyi, aynı miktarda ve aynı farmasötik şekil içinde bulunduran ve biyoeşdeğerliliği kabul edilen farklı ticari isim altındaki ürünlerdir.

5. SORUMLULAR

Eczane koordinatörü

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN TEMİNİ

6.2. Yüksek riskli ilaçların temini “İlaçların Seçimi ve Temini Talimatı”na göre yapılır.

6.3. Farklı firmalara ait ilaçların görünüşleri benzer olabileceğinden; ilaçların hazırlanma ve uygulanması sırasında risk oluşturmamak için İlaç Yönetimi Komitesi onayı olmadan farklı firmadan veya eşdeğer yüksek riskli ilaç alımı yapılamaz.

6.4. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN DEPOLANMASI VE MUHAFAZASI

6.4.1. Kuruma alınacak “Yüksek Riskli İlaçlar Listesi” ndeki ilaçlar sınırlandırılmış ve konsantrasyonları standardize edilmiştir.

6.4.2. Mümkün olan en az sayı ve en az farklı doz içeren şekilleri bulundurulur.

6.4.3. Yüksek Riskli İlaçlar alımlarını takiben eczanede yerleştirme esnasında “İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi”ne göre etiketlenir.

6.4.4. “Yüksek Riskli İlaç” ibaresi bulunan Yüksek Riskli İlaç dolabına yerleştirilir.

6.4.5. Yüksek riskli ilaç servis stoklarında asgari sayıda bulundurulur. Kaza sonucu uygulanmasını önleyecek tedbirler alınmıştır.

6.5. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇ ETİKETLERİNİN KULLANIMI

6.5.1. Tüm yüksek riskli ilaçların üzerine, ilacın ismini, etken maddesini, son kullanma tarihi ve uygulama yolunu kapatmayacak şekilde; yüksek riskli ilaç etiketi yapıştırılır.



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

6.5.2. Yüksek Riskli İlaç etiketi “**kırmızı renk**” te düzenlenmiştir.

6.5.3. Eczacı ya da eczane teknisyeni, yüksek riskli ilaç kutusu/ambalajı üzerine, kutu/ambalajı olmayan ilaçlarda ampul/flakon üzerine uygun olan yüksek riskli ilaç uyarı etiketi yapıştırılarak hasta bakım alanına gönderilir.

6.6. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN KAZA SONUCU UYGULAMAYI ÖNLEYECEK TEDBİRLER

6.6.1. Yüksek riskli ilaçlar eczanede ve hasta bakım alanlarında, diğer ilaç ve sıvılardan ayrı bir dolapta “**Yüksek Riskli İlaç**” ibaresi bulunan Yüksek Riskli İlaç dolabına yerleştirilir.

6.6.2. Eczanede yüksek riskli ilaçlar uygun etiket yapıştırıldıktan sonra ayrı raf veya dolaplarda kontrollü bir şekilde saklanır.

6.6.3. Buzdolabında saklanması gereken yüksek riskli ilaçlar “**Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi**”nde da yer alır. Diğer ilaçlardan ayrı bir rafta ya da buzdolabında tutulur. Yüksek riskli ilaçların bulunduğu rafa “**Yüksek Riskli İlaç**” etiketi yapıştırılır.

6.6.4. Yerleşimde alfabetik sıra kullanılmaz, aynı ilacın farklı dozları yan yana gelecek şekilde yerleştirilmez. İlaç yerleşimi; “**Okunusu Benzer İlaçlar Listesi**” “**Görünüşü Benzer İlaçlar Listesi**” ve “**Pediyatrik İlaçlar Listesi**” doğrultusunda, görünüş ve ses benzerliği, yetişkin ve pediyatrik doz ayrımı dikkate alınarak yapılır.

6.6.5. Birbirine benzer görünümde olan ilaçlar yan yana yerleştirilmez. Sağlık çalışanları tarafından yüksek riskli ilaç hazırlarken tespit edilen, potansiyel hata riski oluşturan ambalaj, etiket, sulandırma, başka ilaçlar ile görünüşte benzerlik gibi durumların firmaya iletilip destek ve iyileştirme istenmesi, kurum içinde önlemlerin alınması amacı ile eczaneye rapor edilmesi gerekir.

6.6.6. Eczanede ve hasta bakım alanlarında yüksek riskli ilaçların bulundurulduğu bölmeler üzerine “**Yüksek Riskli İlaç**” etiketi yapıştırılır.

6.7. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN İSTEMİNİN YAPILMASI

6.7.1. Yüksek riskli ilaçların istemi hekim tarafından “**İlaçların İstenmesi ve Yazıya Dökülmesi Talimatı**”na uygun olarak, HBYS’de hekim istem bölümünden, HBYS kullanılmadığında “**Hekim İstem ve İlaç Kontrol Formu**” ile yapılır.

6.7.2. İstemde ilaç adı, ilacın formu, verilecek doz miktarı, veriliş sıklığı, veriliş yolu, infüzyon olarak uygulanacak ise ilacın seyreltileceği mayi adı, miktarı ve infüzyonun uygulama süresi açık olarak belirtilir.

6.7.3. İlaç istemi yapılırken “**İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi**”nde yer alan kısaltmalar kesinlikle kullanılmaz.

6.7.4. Yüksek riskli ilaçların isteminde “**lüzum halinde**”, “**tarif edildiği gibi**”, “**aynen lütfen**” ifadeleri kullanılmaz, istem açık olarak belirtilir.

6.7.5. Kemoterapi amacıyla kullanılan ajanların istemleri yalnızca medikal onkolog tarafından verilebilir.

6.7.6. Total Parenteral Nutrisyon (TPN) istemleri hastanın hekimi tarafından verilir.

6.7.7. HBYS üzerinde Kategori bilgileri adı altında “**Yüksek Riskli İlaç**” olarak tanımlanmıştır ve ilacın adının yanında “**X**” uyarı” işareti çıkar.

6.7.8. Servislerin orderla talep ettiği yüksek riskli ilaçlar HBYS Order giriş ekranında ve hemşire uygulama ekranında “**kırmızı renkte**” çıkmaktadır.

6.7.9. Servislerin stoklarında bulunan yüksek riskli ilaçlar “**İlaç Stok ve Miad Kontrol Listesi**”nde “**YRİ**” olarak belirtilmiştir.

6.7.10. Alışılmışın dışında fazla doz talepleri prospektüsten, ilaç rehberinden veya bilgisayar programlarından kontrol edilir ve gerekirse doktora ulaşılarak doz netleştirilir.

6.7.11. Sözel İstem Alma



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

6.7.11.1. Hekim istemlerinin yazılı yapılması esastır. Ancak hekim hastane dışında olduğunda, steril uygulamalar sırasında ve acil müdahale durumlarında; kemoterapi ilaçları dışındaki yüksek riskli ilaçlar için, “**İlaçların İstenmesi ve Yazıya Dökülmesi Talimatı**” na uygun olarak sözel istem alınabilir.

6.8. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN ECZANE TARAFINDAN İSTEMLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

- 6.8.1.** Yatan hastalar için yazılmış hekim istemlerinin eczanede değerlendirilip, ilaçların eczane çalışanları tarafından hazırlanarak hasta bakım alanlarına iletilmesi hasta güvenliği açısından oldukça önemlidir. Bu nedenle mavi kod dışında eczane tarafından doz, alerji, etkileşim kontrolü yapılmadan stoktan ilaç kullanılmaz.
- 6.8.2.** Yüksek riskli ilaç istemleri “**İlaçların İstenmesi ve Yazıya Dökülmesi Talimatı**” na uygun olarak eczaneye iletilir.
- 6.8.3.** Eczane çalışanları yüksek riskli ilaç istemlerinin değerlendirilmesinde “**İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı**” na uygun şekilde davranır.
- 6.8.4.** Uygunluk gözden geçirmesi yapılır.
- 6.8.5.** Hastanın kimlik bilgileri, ilacın tanı ile olan uyumu, ilacın, dozun, sıklığının ve uygulama yolunun uygunluğu, aynı endikasyona yönelik birden fazla ilaç istemi olup olmadığı, alerjiler, ilaç-ilaç veya ilaç-besin etkileşimleri, hastanın vücut ağırlığı ve diğer fizyolojik bilgiler ve diğer kontrendikasyonlar, hekim adı, soyadı eczacı tarafından kontrol edildikten sonra istem onaylanır.
- 6.8.6.** Eczacı gerekli gördüğü durumlarda (doz aşımı, uygunsuz kısaltma kullanımı vb) hastanın hekimi ile temasa geçerek, istem ile ilgili görüşlerini iletir ve yeniden onay alır. Hekime ulaşılamayan ve acil olmayan durumlarda HBYS den hekime not yazar (Örnek: okunaksız yazı, çapraz alerji riski) yazılır. Çapraz alerji riskinde ilk dozda uyarı notu yazılması yeterlidir. Hekimin devam etmesini onayladığı istem karşılanır. Hekimin değişmesini istediği istem, hekim tarafından elektronik hasta kaydında yeniden düzenlenir.
- 6.8.7.** Varsayımda bulunularak, tahmin yürütülerek ilaç hazırlanmaz. Yazılmamış bilginin var olduğu düşünülmez.
- 6.8.8.** Okunaksız, açık olmayan istemler deşifre edilmeye çalışılmaz. Doğrudan istemi yapan hekim ile görüşülür ve istemin açık olarak yazılması istenir.
- 6.8.9.** Eczane çalışanları tarafından yapılan kontrollerde ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimi saptanmış ise “**İlaç Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü**”ne uygun olarak HBYS de etkileşim raporu eklenir.

6.9. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN HAZIRLANMASI VE DAĞITIMI

- 6.9.1.** Bu ilaçlar kutularından alınırken ve kutulara yerleştirilirken ilacın doğruluğu iki kez kontrol edilir.
- 6.9.2.** Yüksek Riskli İlaçlar “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**” nde mevcuttur.
- 6.9.3.** İlgili bölümlerde “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**” bulunur.
- 6.9.4.** Hazırlanan yüksek riskli ilaç eczanede iki kişi tarafından kontrol edilir.
- 6.9.5.** “**İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı**”na göre ilaçlar hazırlanır.
- 6.9.6.** İlaçların üzerine “**yüksek riskli ilaç**” uyarı etiketi yapıştırılır ve kilitli poşete konur. Poşetin üzerine hasta bilgileri etiketi yapıştırılır. İki kişi tarafından (eczacı ya da eczane teknisyeni) hekim istemi, hazırlanan ilaç ve etiket bilgileri kontrol edilir. Çift kontrol yapıldıktan sonra ilaçlar pnömatik tüp veya yardımcı personel aracılığı ile ilgili bölümlere hasta bilgileri görülmeyecek şekilde hasta bakım alanına ulaştırılır.



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

6.9.7. Kontrole tabi ilaçların eczaneden hasta bakım alanına transferi “**Kontrole Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı**”na uygun olarak yapılır.

6.9.8. İnsülin flakonları soğuk zincir ilacıdır ve “**İlaçların Depolanması ve Muhafazası Talimatı**”na göre teslim edilir, pnömatik sistemle transferi yapılmaz.

6.10. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN İADESİ

6.10.1. Yüksek riskli ilaçlar stoplandığında ya da hasta taburcu olduğunda bekletilmeden hemen “**İlaçların İadesi Talimatı**”na uygun olarak eczaneye iade edilir.

6.10.2. Hastanın kullandığı yüksek riskli ilaç durdurulduğunda ya da hasta taburcu olduğunda artan ilaçlar bekletilmeden eczaneye iade edilir. Hastanın taburcu olması beklenmez. “**İlaçların İadesi Talimatı**”na göre hareket edilir.

6.11. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN HASTA BAKIM ALANINDA HAZIRLANMASI VE HASTAYA UYGULANMASI

6.11.1. Eczaneden gelen yüksek riskli ilaçlar, sorumlu hemşire veya ekip lideri tarafından hastaya ait ilaç bölmesine yerleştirilir.

6.11.2. Yüksek riskli ilaç en az üç aylık çalışma süresini doldurmuş, gerekli oryantasyon eğitimlerini başarıyla tamamlamış hemşire/sağlık memuru tarafından hekim istemi doğrultusunda, prospektüs bilgileri dikkate alınarak “**İlaç Hazırlama ve Uygulama Talimatı**” na uygun olarak hazırlanır. Fazla sayıda manipülasyon ve matematiksel hesaplama gerektiren durumlarda bölüm sorumlusundan/ekip liderinden/eczacıdan destek alınır.

6.11.3. Yüksek riskli ilacın, hazırlama veya uygulama talimatları ile ilgili en ufak bir tereddüt varsa hekim ile görüşülerek bilgi alınır. Varsayımda bulunarak, tahmin yürütülerek ilaç uygulaması yapılmaz.

6.11.4. İstemi yapılan ilaç, sağlık çalışanı tarafından daha önce hazırlanmamış/uygulanmamış ise ilacın hazırlanma ve uygulanma sürecine bölüm sorumlusu/ekip lideri eşlik eder.

6.11.5. Hastaya uygulanmak üzere hazırlanmış yüksek riskli ilaç üzerindeki etiket okunaklı, açık olarak yazılır; etiket üzerinde hasta adı-soyadı, ilaç ismi, ilaç konsantrasyonu (mililitrede kaç miligram ya da mEq bulunduğu) hazırlayan kişi adı kaydedilir.

6.11.6. Hazırlanan yüksek riskli ilaç ikinci bir sağlık çalışanı tarafından kontrol edilir. İlaç uygulaması yapıldıktan sonra ilacı uygulayan kişi tarafından, elektronik hasta kaydının order uygulama ekranında uygulanan yüksek riskli ilaç için uygulandı butonuna basılır. Bu süreç çift kontrolle yapılır ve elektronik istemde not kısmına yazılır.

6.11.7. HBYS üzerinden alınan “**Order Cetveli/Uygulama Takip Formu**” nda çift paraflanır.

6.11.8. İnfüzyon yolu ile verilen ilaçlar, geçimsizlik riski nedeni ile serum seti içinde veya aynı ortamda karıştırılmadan uygulanmalıdır. İki veya daha fazla ilaç aynı sıvı içinde hazırlanıp hastaya verilecek ise ilaçlar arasında geçimsizlik/etkileşim olup olmadığı kontrol edilmeli, varsa etkileşim raporları incelenmeli, eczane çalışanlarına danışılmalı ve ilaç prospektüsündeki uyarılar göz önünde bulundurulmalıdır, gerektiğinde hekime bilgi verilmelidir.

6.11.9. Nöromusküler bloke edici ajanlar (atrakürym bezilat, veküronyum bromür, mivaküryum klorür, panküronyum dibromür, roküronyum bromür vb.), intravenöz genel anestezi (propofol, tiyopental sodyum, ketamin, midazolam vb.), vazodilatör ilaçlar (dopamin, dobutamin vb.), tedavi indeksi dar olan parenteral ilaçlar (teofilin, fenitoin, digoxin), intravenöz adrenerjik nöronblokerleri (atropin, adrenalin vb.) doktor isteminde belirtildiği gibi hazırlanır.

Açılan İlaç Etiketi
Hasta adı-soyadı: ÖRNEKTİR
Açılan ilacın adı: Atropin ½ mg
Konsantrasyon: 0,5 mg / 1 ml (mg/ml)
Açılma tarih/ saati: 01.01.2006 / 16:00
Hazırlayan:



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

6.11.10. Kontrolü tamamlanan ve hazırlanan yüksek riskli ilaçlar “**İlaç Hazırlama ve Uygulama Talimatı**”na göre uygulanır. İnfüzyon uygulamaları hızlı veya yavaş infüzyonu engellemek amacıyla pump veya perfüzör ile uygulanır.

6.12. KONTROLE TABİ İLAÇLAR

6.12.1. “Kontrolle Tabi İlaçlar Listesi”nde yer alan Kontrolle Tabi İlaçlar aynı zamanda “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**”nda da yer alabilir. Bu durumda “**Kontrolle Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı**”nda belirtilen esaslarda dikkate alınır.

6.13. KONSANTRE ELEKTROLİTLER

6.13.1. Tüm konsantre elektrolitler yüksek riskli ilaç grubundadır.

6.13.2. Konsantre elektrolitler (Potasyum Klorür %22,5 ampul, Potasyum Klorür %7,5 ampul, Potasyum Fosfat ampul, %25 Magnezyum Sülfat ampul %15 Magnezyum Sülfat ampul, %20 Serum Sale ampul, %0,9'dan daha yoğun Sodyum Klorür çözeltileri, Sodyum Bikarbonat ampul, %10 Calsium Picken ve %10 Calsium Glubiyonat ampul) sadece eczanede bulundurulur.

6.13.3. Konsantre elektrolitler; tıbbi gereklilik durumlarında, kardiyovasküler cerrahi ameliyat salonlarında ve “**İlaç Eczacılık Komitesi**” ile belirlenen alanlarda kilit altında saklanabilir.

6.13.4. Konsantre elektrolitlerin üzerine “**yüksek riskli ilaç**” ve “**seyreltmeden kullanmayınız**” uyarı etiketi yapıştırılır.

6.13.5. Hasta bakım alanlarında stok olarak konsantre elektrolit bulundurulmaz.

6.14. ANTİNEOPLASTİK İLAÇLAR

6.14.1. Antineoplastik (sitotoksik) ilaçlar yüksek riskli ilaçlardır. Hazırlanması ve uygulanmasında “**Antineoplastik İlaçların Uygulanması Protokolü**”ne uygun davranılır.

6.15. YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN ETKİLERİNİN İZLEMİ

6.15.1. “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**”nde bulunan yüksek riskli ilaçları kullanan hastaların hayati bulgularının izlenmesi, gerekli laboratuvar testlerinin yaptırılması ve varsa özel izleme ekipmanlarıyla takip edilmesi gerekir.

6.15.2. “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**”nda bulunan yüksek riskli ilaç için kullanılacak antidotlar her zaman kullanıma hazır bulundurulur.

6.15.3. Uygulama sırasında hastada gelişebilecek reaksiyonlar, “**İlaçların Etkilerinin İzlemi Talimatı**” doğrultusunda izlenmelidir. Eczane tarafından bildirilen yeni çıkan ilaçlar kullanıldığında, prospektüste belirtilen yan etkiler dışında bir istenmeyen yan etki gözlemlenirse en kısa zamanda hastanın primer hekimine bilgi verilir ve “**Advers Etki**” bildirimi yapılır.

6.15.4. Advers Etki Bildiriminde “**Advers Etki Bildirim Talimatı**”na göre hareket edilir.

6.16. ECZANENİN GECE MESAİSİNDE YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN KONTROLÜ

6.16.1. Eczanenin gece mesaisinde hekim tarafından yapılan yüksek riskli ilaç istemlerinin uygunluk gözden geçirmesi nöbetçi eczacı tarafından değerlendirilir ve etkileşim değerlendirmeleri yapılır. “**İlaçların Hazırlanması ve Dağıtım Talimatı**”na göre hareket edilir.

6.16.2. Kontrolle tabi ilaç talebi yapıldıysa “**Kontrolle Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı**”na uygun davranılır.

6.16.3. Kemoterapi istemleri acil olmadıkça mesai saatleri dışında hazırlanmaz ve uygulanmaz. “**Antineoplastik İlaçların Uygulanması Protokolü**” ne göre hareket edilir.

6.16.4. Kontrolle tabi ilaç, konsantre elektrolit ve kemoterapi ilaçları dışındaki yüksek riskli ilaçların istemi yapıldığında, ilaç hasta bakım alanlarında bulunuyorsa stoktan kullanılır. Stokta



YÜKSEK RİSKLİ İLAÇLARIN YÖNETİMİ TALİMATI

Döküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
ECZ_T_11	19.06.2023	-	-	7

bulunmadığında “İlaçların İstenmesi ve Yazıya Dökülmesi Talimatı”na uygun olarak eczaneden temin edilir.

6.17. Yüksek Riskli İlaçların reçete edilmesinde, stoklanmasında, dağıtımında ve hastaya uygulanmasında herkes tedbirli ve dikkatli davranır. “İlaç Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü”ne göre hareket edilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1.** Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- 7.2.** İlaç Uyarı Etiketleri Tanımlama Listesi
- 7.3.** İlaçların Hazırlanması ve Dağıtımı Talimatı
- 7.4.** İlaçların İadesi Talimatı
- 7.5.** Kontrole Tabi İlaçlar Listesi
- 7.6.** Kontrole Tabi İlaçların Yönetimi Talimatı
- 7.7.** İlaçların Etkilerinin İzlemi Talimatı
- 7.8.** Advers Etki Bildirim Talimatı
- 7.9.** İlaçların İstenmesi ve Yazıya Dökülmesi Talimatı
- 7.10.** İlaç Yönetimi ve Güvenliği Prosedürü
- 7.11.** Antineoplastik İlaçların Uygulanması Protokolü
- 7.12.** İlaç Hazırlama ve Uygulama Talimatı