



Fire Ve Zayıyatın Oluştugu/ Tespit Edildiği	:	Tarih: __/__/____	Saat : __/__
Fire Ve Zayıyat Olan Birim Adı	:		
Narkotik İlaç	: <input type="checkbox"/>	Fire Ve Zayıyat Olan İlacın Adı, Form Şekli _____ _____	
Kan Ürünü İlacı	: <input type="checkbox"/>		
Psikotrop İlaç	: <input type="checkbox"/>		
Kemoterapi İlaç	: <input type="checkbox"/>		
Diğer İlaç	: <input type="checkbox"/>		
Fire Ve Zayıyat Olan İlacın Miktarı:			
Fire ve zayıyat sebebi:			
Kayıp	: <input type="checkbox"/>		
Kırılma	: <input type="checkbox"/>		
Miyadı geçmiş	: <input type="checkbox"/>		
Diğer sebepler	:	_____	
Fire Ve Zayıyatın Nasıl Olduğunun Açıklaması:			
Fire Ve Zayıyatın Nasıl Olduğunu Gören Kişi Var <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/>			
Olayı Gören Şahit Kişi / Kişilerin Adı Soyadı	İMZA		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
Fire Ve Zayıyat Tespit Eden Kişi/Kişilerin Görevi, Adı Soyadı	İMZA		
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			

ONAYLAYACAK KİŞİLER

Eczane Çalışanının Adı/Soyadı	Eczacı Adı/Soyadı	Eczacılık Hizmetleri Müdürü Adı/Soyadı
Hastane Başmüdürü Adı/Soyadı		