

 HGHOSPITAL Hayatınız Güvende	SÖZEL ORDER FORMU	Doküman No	HB FR 17
		Yayın Tarihi	15.01.2025
		Revizyon No	0 0
		Revizyon Tarihi	0 0
		Sayfa No	1 / 1

KLİNİK ADI :

HASTANIN ADI SOYADI :

DOĞUM TARİHİ : / / 20.....

DOĞUM YERİ :

PROTOKOL NO :

CİNSİ Kadın []
Erkek []

Talimat	SÖZEL []	TELEFONLA	Talimat Saati
Talimat Tarihi	 / / 20.....		

	İLACIN ADI	İLACIN DOZU	IV	IM	SC	UYGULANMASI İSTENİLEN SAAT
1						
2						
3						
4						
5						

TALİMATI VEREN TABİP	TALİMATI ALAN BİRİNCİ KİŞİ (Hemşire)	TALİMATI ALAN İKİNCİ KİŞİ (Hemşire)
Adı Soyadı :	Adı Soyadı :	Adı Soyadı :
Tel :	Tel :	Tel :

- Yüksek hata potansiyeli nedeni ile kimyasal tedavi ilaçları ve yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için(resüsitasyon durumları hariç)sözel/telefon talimat kabul edilemez.
- Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz.
- Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve'Benzer İlaç İsimleri Listesi'nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.
- Tabipten alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri tabibe aynen'geri okunur've tabibin onayından sonra diğer adıma geçilir.
- Talimatı veren tabip veya servis tabibi 24 saat içinde formu imzalayarak onaylar.

Onaylayanın

Adı Soyadı :

Tarih :

İmzası :

Saat :