



İLAÇ İMHA FORMU

Doküman Kodu	FRB.İY.FR.01
Yayın Tarihi	15.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa Numarası	1/1

İMHA TUTANAĞI

BÖLÜM/SERVİS**TARİH****İLAÇ ADI****ADET****İMHA NEDENİ**

Yukarıda adı, miktarı ve imha nedeni açıklanan ilaç ve tıbbi malzeme tıbbi atık torbasına konularak Eczane Sorumlusu tarafından imha işlemi gerçekleştirilmektedir.

TESPİT EDEN**SERVİS / BÖLÜM SORUMLUSU**

...../...../20...

...../...../20...

ECZANE SORUMLUSU

...../...../20...

ONAY

...../...../20...

BAŞHEKİM**HAZIRLAYAN****ECZACI****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**