

	T.C. D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ SÖZEL ORDER FORMU	Doküman No	AH.FR.20
		Yürürlüğe Gir. Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	00
		Revizyon Tarihi	--
		Sayfa No	Sayfa 1/1

KLİNİK ADI:.....

HASTANIN ADI SOYADI	BARKOD	DOĞUM TARİHİ	/...../.....
DOSYA NO		DOĞUM YERİ	
		CİNSİYETİ	Kadın[] Erkek []
Talimat	SÖZEL [] TELEFONLA []		
Talimat Tarihi	/...../20....		Talimat saati
	İlacın adı	İlacın Dozu	İlacın Uygulama Yolu
1			
2			
3			
	İşlem/Uygulama Adı	Uygulama Sıklığı	Uygulanması istenen saat/saatler
1			
2			
3			

TALİMAT VEREN TABİP	TALİMAT ALAN KİŞİ
Adı Soyadı:	Adı Soyadı/Unvanı:
İmza:	İmza:
Tarih ve Saat	Tarih ve Saat

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