	T.C. **D.Ü. DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ HASTANESİ** **NARKOTİK ve PSİKOTROP İLAÇ TAKİP FORMU**	**Doküman No**	İY.FR.05
		Yürürlüğe Gir.Tar.	01.02.2023
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	02.05.2025
		Sayfa No	Sayfa 1/1

Sıra	Tarih	Protokol Hasta Adı/Soyadı	Order Eden Hekim Adı-Soyadı/İmza	Teslim Alınan İlacın		Teslim Alan Adı-Soyadı/İmza	Teslim Eden Adı-Soyadı/İmza	Tarih-Saat Kullanım Dozu (mg)	Uygulayan Sağlık Personeli-İmza
				Adı	Miktarı				
1									
2									
3									
4									
5									