|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Gerçekleştiği Birim:** | **Tarih : Saat:** | |
| **İlacın /Tıbbi Sarf Malzemenin Jenerik Adı/Form Şekli:** | | |
| **İlacın/Tıbbi Malzemenin Miktarı:** | | |
| **Olayın Gerçekleşme Nedeni:** | | |
| Kayıp ( ) Kırılma ( ) Yarım Doz ( ) Miat Dolumu ( ) Yarım Kalan Ampul ( )  Sulandırıldıktan, Açıldıktan veya Hazırlandıktan Sonra Muhafaza Şartı Uygun Olmayan ( ) Diğer ( ) | | |
| **Olayın Nasıl Gerçekleştiğinin Açıklaması:** | | |
| **Olaya Tanık Olan Kişi:**  Var ( ) Yok ( ) | | |
| **Olayı Gören Kişi/Kişiler Adı Soyadı** | | **İmza** |
| 1) | |  |
| 2) | |  |
| 3) | |  |
| **Olayı/Durumu Tespit Eden Kişi/Kişiler Adı/Soyadı/Görevi** | | **İmza** |
| 1) | |  |
| 2) | |  |
| 3) | |  |
| **Onaylayan Kişiler** | | **İmza** |
| **Birim Sorumlu Sağlık Personeli Adı/Soyadı** | |  |
| **Sorumlu Dr. Öğretim Üyesi/Sorumlu ABD Başkanı**  **Adı/ Soyadı** | |  |

Formun bir nüshası ilgili birimde, bir nüshası tıbbi sarf depoda kalacaktır.