



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Döküman Kodu : S.HB.FR.13  
Yayın Tarihi : 06.11.2023  
Revizyon No : 00  
Revizyon Tarihi :  
Sayfa No : 1/1

SÖZEL ORDER FORMU

HASTANIN ADI - SOYADI		DOĞUM TARİHİ	...../...../.....
PROTOKOL NUMARASI		DOĞUM YERİ	
TALİMAT	SÖZEL [ ] TELEFONLA [ ]	CİNSİYET	
TALİMAT TARİHİ	...../...../.....		

İLACIN

	Adı	Dozu	Uygulama Yolu	Uygulanması İstenen Saat
1				
2				
3				
4				
5				

İSTEM TEKRAR OKUNDU [ ]

İSTEM ONAYLANDI [ ]

TALİMAT

VEREN HEKİM	ALAN BİRİNCİ KİŞİ (HEKİM)	ALAN İKİNCİ KİŞİ (HEMŞİRE)
Adı - Soyadı : Telefon Numarası :	Adı Soyadı : İmza :	Adı Soyadı : İmza :

AÇIKLAMALAR :

- Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, yüksek riskli ilaç listesinde yer alan ilaçlar için (resüsitasyon durumları hariç) sözel/telefon talimat kabul edilmez.
- Talimat verilirken kısaltma kullanılmaz.
- Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve "Okunuşu ve Yazılışı Benzer İlaçlar Listesi"nde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.
- Hekimden alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, hekime aynen "geri okunur" ve hekimin onayından sonra diğer adıma geçilir.
- Talimatı veren hekim 24 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.
- Eğer bölümde nöbetçi hekim bulunmuyorsa, sadece talimatı alan ikinci kişi kısmı doldurulur.

Onaylayanın

Adı- Soyadı :  
Tarih :  
İmzası :  
Saat :

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
BİRİM KALİTE SORUMLUSU	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	DEKAN