



SÖZEL ORDER FORMU

Doküman Kodu	İY.FR.006
Yayın Tarihi	07.01.2016
Revizyon Numarası	1
Revizyon Tarihi	24.05.2023
Sayfa No	1/1

Klinik Adı:.....

Hastanın Adı Soyadı		Doğum Tarihi/...../20...
Dosya No		Doğum Yeri	
		Cinsiyeti	Kadın [] Erkek []

Talimat	Sözel []	Telefonla []
Talimat Tarihi/...../20....	Talimat saati:

	İlacın Adı	İlacın Dozu	İlacın Uygulama Yolu	Uygulanması İstenen saat	Veriliş süresi (Gerekli Durumlarda)
1					
2					
3					
4					

Talimat Veren Doktor (Bölüm hocası)	Talimat Alan Birinci Kişi (Asistan Doktor)	Talimat Alan İkinci Kişi (Hemşire)
Adı Soyadı: Cep Tel No: Kaşe-İmza:	Adı Soyadı: Cep Tel No: Kaşe-İmza:	Adı Soyadı: Cep Tel No: İmza:

1. Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları, narkotik-psikotrop ilaçlar 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. Doktordan alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, doktora aynen “geri okunur” ve doktor onayından sonra diğer adıma geçilir.
5. Talimatı veren doktor veya servis doktoru, teslim edilen ilacı en geç sözel order formun verildiği tarihi takip eden ilk iş günü içerisinde HBYS sistemi üzerinden order ederek hasta üzerine düşümünü sağlar.
6. Sözel order formundaki gerekli alanlar doldurulmadığı takdirde sözel order formu işleme alınmayacaktır.

Onaylayanın
Adı-Soyadı:
İmzası:
Tarih-Saat: