İadeyi Yapan Birim Adı

Tarih: …../……../………

Hasta Başı İade ( Adı Soyadı) / Servis-Klinik İade:

Protokol No:

İade Nedeni: Taburcu  Miad Yaklaşımı

 Diğer

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIRA NO | İLAÇ VEYA SARF MALZEME ADI | MİKTAR | SON KULLANMA TARİHİ |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

İadeyi Yapan İadeyi Teslim Alan

Adı Soyadı: Adı Soyadı:

Servisi / Birimi: Servisi / Birimi:

\*, İade formunun bir nüshası iadeyi yapan birimde, bir nüshası tıbbi sarf depoda kalacaktır.