



T.C.  
ERCIYES ÜNİVERSİTESİ  
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ



	<b>SÖZLÜ ve TELEFONLA HEKİM TALİMATLARI FORMU</b>
--	---

**KLİNİK ADI:**.....

<b>HASTANIN ADI SOYADI</b>		<b>DOĞUM TARİHİ</b>	...../...../20...
<b>PROTOKOL NO</b>		<b>DOĞUM YERİ</b>	
		<b>CİNSİYETİ</b>	Kadın <input type="checkbox"/> Erkek <input type="checkbox"/>

<b>Talimat</b>	<b>SÖZEL</b> <input type="checkbox"/> <b>TELEFONLA</b> <input type="checkbox"/>	
<b>Talimat Tarihi</b>	...../...../20....	<b>Talimat Saati</b>

	İlacın adı	İlacın Dozu	İlacın Uygulama Yolu	Uygulanması İstenen Saat
1				
2				
3				
4				
5				

TALİMAT VEREN HEKİM	TALİMAT ALAN BİRİNCİ KİŞİ (Hekim)	TALİMAT ALAN İKİNCİ KİŞİ (Hemşire)
<b>Adı Soyadı:</b> <b>Tel No:</b>	<b>Adı Soyadı:</b> <b>İmza:</b>	<b>Adı Soyadı:</b> <b>İmza:</b>

1. Yüksek hata potansiyeli nedeni ile, kemoterapi ilaçları 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. Hekimden alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, hekime aynen “geri okunur” ve hekimin onayından sonra diğer adıma geçilir.
5. Talimatı veren hekim veya servis hekimi 24 saat içerisinde formu imzalayarak onaylar.
6. Eğer bölümde nöbetçi tabip bulunmuyorsa, sadece talimatı alan ikinci kişi kısmı doldurulur.

**Onaylayanın**  
**Adı - Soyadı :**  
**Tarih :**  
**İmzası :**  
**Saat :**