



<b>Fire ve zayıatın oluştuğu/ tespit edildiği</b>	<b>Tarih:...../...../..... Saat :.....</b>
<b>Fire ve zayıat olan Kliniğin adı:</b>	
<b>Fire ve zayıat olan ilacın/ilaçların adı, miktarı ve form şekli:</b>	
<b>Fire ve zayıat sebebi:</b>	
<input type="checkbox"/> Kayıp	<input type="checkbox"/> Kırılma
<input type="checkbox"/> Miadı geçmiş	<input type="checkbox"/> Yarım Doz (Artan Doz)
<input type="checkbox"/> Diğer sebepler	<input type="checkbox"/>
<b>Fire ve zayıatın nasıl olduğunun açıklaması</b>	
<b>Fire ve zayıatın nasıl olduğunu gören kişi</b>	<input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> Yok
<b>Olayı gören şahit kişi/kişilerin Adı,soyadı</b>	<b>İMZA</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<b>Fire ve zayıat tespit eden kişi/kişilerin görevi adı soyadı</b>	<b>İMZA</b>
1.	
2.	
3.	
4.	
5.	
<b>ONAYLAYAN KİŞİLER</b>	<b>İMZA</b>
Kliniğin sorumlu/Nöbetçi Uzman Hekimin adı soyadı	
Kliniğin sorumlu/Nöbetçi Hemşire/Teknisyen adı soyadı	
Eczanenin sorumlu Eczacı /nöbetçi eczane çalışanının adı soyadı	