



END KASYON DI İ LAÇ KULLANIM TALEP FORMU

DOKÜMAN NO	HB.FR.46
YAYIN TAR H	17.04.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	23.10.2015
SAYFA	1/ 2

(EK-1)

LAÇ VE ECZACILIK GENEL MÜDÜRLÜ ÜNE

Hasta Kimlik Bilgileri:

Adı ve Soyadı:

T.C. Kimlik No*:

Do um Tarihi:

Cinsiyet:

Dosya Numarası:

Adres:

GSM:

e-posta*:

Tel:

Klinik Bilgiler:

Te his:

Te his Tarihi:

Endikasyon Dı ı Kullanımı stenen lacın:

lacın Adı:

Aktif Madde:

Kısa Klinik Özet ve göz hastaları için ayrıntılı görme muayene bulguları:

Kısa Laboratuar Özeti:



END KASYON DI İ LAÇ KULLANIM TALEP FORMU

DOKÜMAN NO	HB.FR.46
YAYIN TAR H	17.04.2015
REV ZYON NO	01
REV ZYON TAR.	23.10.2015
SAYFA	2/ 2

Hastanın Bugüne Kadar Te hisi le ilgili Olarak Aldı ı Tüm Tedaviler Ve Gözlenen

Cevaplar:

Endikasyon Dı ı Kullanımının Talep Edildi i Durum/Gerekçesi:

İlacın dozu ve kullanım süresi:

Kullanım Talebinde Bulunan Hekimin:

Adı soyadı:

T.C. Kimlik No*:

Kurumu:

Ünvanı:

GSM:

Tel:

e-posta*:

Fax:

Yukarıdaki bilgilerin do rulu unu beyan eder, aksi durumda muhtemel tıbbi/etik/hukuki/mali süreçlerin sorumlulu unu kabul ederim. Uygulanacak tedavi süresince geli en ciddi yan/advers etki, hastalık ilerlemesi veya ölüm halinde mümkün olan en kısa süre içinde bildirimde bulunaca ımı taahhüt ederim.

...../...../20.....

Müdavi Hekim

(Adı, Soyadı, mzası)

***Dikkat: T.C. Kimlik No ve e-posta ile ilgili bölümleri mutlaka doldurunuz.**