GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
DOKTOR ORDER FORMU

Doküman Kodu: İY.FR.01	Yayın Tarihi:21/09/2017	Revizyon Numarası:1	Revizyon Tarihi:12/05/2023	SayfaNo/SayfaSayısı:1/1

HASTANIN ADI SOYADI : **KLİNİK:**

TARİH : **TEŞHİS:**

SAAT	TARİH	İLAÇ ADI	DOZU	ALARJİK REAKSİYON DURUMU	DOKTOR
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					
:					

.....

.....

.....

.....

.....

HAZIRLAYAN(…/…/….)	KONTROL EDEN(…/…/….)	ONAYLAYAN(…/…/….)
	Kalite Güvence Koordinatörü	Dekan