



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 1 / 7

1. Amaç

Bu prosedürün amacı İÜ Onkoloji Enstitüsü'nde kullanılacak ilaç ve tıbbi malzemelerin belirlenmesi, "**Gider İdaresi Prosedürü**"ne uygun olarak talebin yapılması, talep edilen nitelik ve nicelikteki malzemelerin en kısa sürede kabulünün sağlanması, uygun olarak saklanması, saklama koşullarının ve stok miktarının düzenli olarak kontrolünün yapılması, birimlerden yapılan taleplerin değerlendirilmesi, uygun taleplerin derhal gerçekleştirilmesi, uygunsuz taleplerin yeniden gözden geçirilmesine özen gösterilerek, hasta ve çalışan güvenliği ilkelerinden taviz vermeden kullanılacak tüm ilaç ve malzemelerin hızla kullanıma sunulmasını sağlamaktır.

2. Kapsam

Bu prosedür İÜ Onkoloji Enstitüsü eczanesini, tıbbi malzeme birimini ve ilaç-malzeme saklanan tüm depoları kapsar.

3. Tanımlar

Tıbbi Malzeme: Basit tıbbi sarf dışında kalan ve geri ödeme kurumlarına fatura edilebilen tıbbi malzemeler

Depo: Yönetimi sadece İstanbul Tıp Fakültesi Eczanesince yapılan, genellikle hastaya fatura edilebilen ürünlerden oluşan tüm depoları, özellikli malzeme deposunu, ortopedik malzeme deposunu ve ameliyathane deposunu tanımlar.

Mini Depo: Birimlerde oluşturulan, ilgili birimin ihtiyacına yönelik oluşturulan depolardır.

Hatalı ürün: Her ne sebeple olsun ambalajı hasar görmüş, etiketinde tahribat bulunan (etiket ismi, etken maddesi, son kullanma tarihi, saklama koşulları, lot numarası, barkodu gibi bilgilerin tamamının ya da bir bölümünün görünmediği) ve/veya içinde bulunmaması gereken partiküllerin, yabancı cisimlerin var olduğu ya da renk değişikliği gibi her türlü sakıncayı barındıran ilaç ya da malzemeyi tarif eder.

Muayene Kabul İşlemi: İstanbul Tıp Fakültesi'nde kullanılacak olan tüm ilaç ve tıbbi malzemelerin teknik şartnameye uygun özellikte ve satın alma koşullarını sağlayacak şekilde stoklara aktarılmasının ve kabulünün yapıldığı işlemler bütünüdür.

Kurum: İÜ İstanbul Tıp Fakültesi

4. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından Başhekimlik, eczaneden sorumlu öğretim üyesi/üyeleri, baş eczacı, tıbbi malzeme sorumlusu, Taşınır Kayıt Kontrol Yetkilileri, eczacı kalfaları sorumludur.

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 2 / 7

5. Uygulamalar

5.1. Tüm uygulamalarda “**Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü**”ne uygun hareket edilir.

5.2. İlaç malzeme ihtiyacının tespit edilmesi ve temini:

5.2.1. Kuruma hangi ilaç ve malzemelerin alınacağı ve miktarları, birimlerden gelen talepler doğrultusunda, eczacı tarafından yıllık olarak belirlenir ve Satın Alma Birimi’ne bildirilir. Bu belirlemede aşağıdaki faktörler göz önünde bulundurulur:

- Bir önceki yıl tüketimi, mevsimsel değişkenler
- Hastane gereksinimleri
- Doktor istemleri
- Etkinlik, toksisite
- Maliyet

5.2.2. Stokta mevcut olan ve aynı etken maddeye ya da aynı tıropatik etkiye sahip ilaçların tüketilmesinin kurumun yararına olacağı prensibi her zaman göz önünde bulundurulur.

5.2.3. Her yıl uygun zamanlarda 4734 sayılı “**Kamu İhale Kanunu**”nun ilgili maddelerine ve “**Gider İdaresi İşleyiş Prosedürü**”ne göre ilaç ve tıbbi malzeme alımına karar verilir. İhalede alımı yapılamayan ürünler için yeni ihale düzenlenir. İhale komisyonunca karara bağlanan ilaç ve tıbbi malzeme ilgili firmadan yazılı olarak sipariş edilir.

5.2.4. Tüketim hızının belirlenmesi için, Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (**HBYS**) üzerindeki stok takip ekranlarından yararlanılır. Alımın türüne ilgili ürünün belirli bir periyotdaki tüketimi göz önüne alınarak karar verilir (Yıllık ihalede son bir yıl içindeki, doğrudan alımlarda daha kısa periyotlardaki tüketim göz önüne alınır). Bunun dışında ürünün son bir ay içindeki tüketimi de belirleyici olur.

5.2.5. Yeni ürün talepleri için ihalenin yaklaşık 2 ay öncesinde eczane tarafından birimlere ihalede alınması planlanan ürünlerin listesi gönderilir. Bu ürünlerin alınıp alınmayacağına, alınacaksa miktarlarına eczacı, ilgili birimle görüşerek karar verir.

5.2.6. Stokta bulunmayan ve acil alımı gereken ilaçlar/malzemeler ilgili birim tarafından eczaneye yazılı olarak iletilir, bu ürünler için önce İÜH'nin diğer birimlerinin eczaneleri ile iletişime geçilir (OE, CTF, Kardiyoloji E., Diş Hekimliği F.). Bu birimlerde bulunmayan ürünler için dışarıdan temin planlanır. Ürünler eczacı tarafından “**Taşınır İstek Belgesi Formu**”na yazılıp Satın Alma Birimi’ne bildirilir. Satın Alma Birimi’ne gelen talepler doğrultusunda 4734 sayılı kamu ihale kanununun 22/D maddesine ve “**Gider İdaresi İşleyiş Prosedürü**”ne göre acil ilaç ve tıbbi malzeme teminine gidilir.

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 3 / 7

5.2.5. Acil müdahalede kullanılacak ilaçlar dışında, alıma çıkılıp ta kuruma temin edilemeyen ve izleyen süreçte İÜH birimlerinde de bulunamayan ürünlerde, eczacı tarafından reçeteye **“Hastane Eczanemizde Yoktur”** kaşesi basılır, Başhekimlikçe onaylandıktan sonra hastanın ilgili ürünü serbest eczaneden ücretsiz olarak temin etmesi sağlanır.

5.3. İlaç ve malzemelerin teslim alınması:

5.3.1. Alımı tamamlanan ürünlerin kuruma teslim zamanları, alım türüne göre belirlenir. KİK maddesi ve firma ile kurum arasında gerçekleştirilen sözleşme, esas teşkil etmekle birlikte depo durumuna ve tüketim hızına göre kısmi miktarlarda ürünün kuruma teslim edilmesi sağlanır, doğrudan alımlarda alınan ürünün tamamı bir seferde kabul edilmek zorundadır.

5.3.2. Kuruma teslim edilen ürünlerin depoya kabulünden önce, muayene komisyonu ürünlerin uygunluğunu kontrol ederek raporunu hazırlar. (Muayene Komisyonu teslim alınan ve eczane kullanım alanından ayrı bir yerde bekletilen ilaç ve tıbbi malzemeleri önce sayısal olarak kontrol eder. Sayısal olarak uygunluğu tespit edilen mallar, her koliden randomize örneklerin seçilmesiyle diğer şartlara uygunluk açısından kontrol edilir. Bu aşamada, gelen mal tıbbi malzeme ise teknik şartnamede belirtilen nitelikleri karşılayıp karşılamadığı, Ulusal Bilgi Bankası kodlarının mevcudiyeti, Türkçe etiket kanununa uygunluğu, ambalajlarında herhangi bir yıpranma olup olmadığı, varsa miadları kontrol edilir. Gelen mal ilaç ise; yine ambalajlarında herhangi bir yıpranma olup olmadığı, miadlarının uygun olup olmadığı, ihale ile gelmişse üzerinde ‘ ihale malıdır, satılamaz ‘ ifadesinin bulunup bulunmadığı gibi özellikler ve gereken diğer şartlar değerlendirilir.)

5.3.5. Muayene Komisyonu, yaptığı muayenenin sonucunu **“Muayene Raporu Formu”**na yazar. Herhangi bir sorun yoksa **“Muayene Komisyonu Raporu”**nu hazırlar ve imzalar. Bir sorun olması durumunda (hatalı ürün) sorunu açıkça belirten bir rapor hazırlanır, Muayene Raporuna uygunsuz ürün yazılır ve ürün İstanbul Tıp Fakültesi depolarından uzaklaştırılır.

5.3.6. Uygun ürünün teslimi için ilgili firma ile yapılan sözleşmeye bağlı kalınarak belirlenen süre içinde ürün yeniden talep edilir. Partiler halinde teslim edilmesi planlanan ürünler için de her parti teslimatında aynı işlemler tekrarlanır.

5.3.7. Sorunsuz olduğuna oy birliği ile karar verilen ürünler Muayene Raporu imzalandıktan sonra depoya kabul edilir ve kullanıma sunulur.

5.4. Ürünlerin depoya kabulü:

5.4.1. Depoya kabulü kesinleşen (muayeneden geçmiş) ürünler, eczacı ve eczacı kalfaları tarafından son kullanma tarihleri ile birlikte HBYS stoklarına alınır.

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 4 / 7

5.4.2. Aynı zamanda Taşınır Mal Yönetimi (TMY) programı üzerinde de ilgili Taşınır Mal Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından fatura ve muayene girişi yapılır.

5.4.3. Ürünler HBYS'ye alınırken "**Taşınır Tanımlama Talimatı**" uyarınca sistem üzerinde kartları açılır.

5.4.4. Faturasıyla birlikte gelen mala ilgili Taşınır Mal Kayıt Kontrol Yetkilileri tarafından Taşınır İşlem Fişi kesilir. Taşınır İşlem Fişi üzerine Eczacı ve Firma yetkilisi/ (fatura edilemeyen tıbbi malzemeler için) Ayniyat Birimi çalışanı ve Firma yetkilisi imza atar. Eczacı ilacın, tıbbi malzemenin bilgisayara girişini yapar.

5.4.5. İlaç fiyatlandırması, Sağlık Bakanlığı onaylı ilaç fiyat listesine göre yapılır. İlaçlar adet/ünite fiyatlı olarak HBYS'ye girilir.

5.4.6. Uyuşturucu ilaçlar "**Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı**" na uygun olarak kabul edilir.

5.5. Ürünlerin yerleştirilmesi ve saklanması

5.5.1. Ürünler yerleştirilirken, miadlı ürünlerde miadı erken olan, raflarda öne yerleştirilir. Miadsız ürünlerde ise ilk giren-ilk çıkar ilkesine göre yerleştirme yapılır. Birimlere/hastalara ürün verilirken ön sıradan verilir. Yerleştirme sırasında "**Yazılışları ve Okunuşları Benzer İlaç Listesi**", "**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**", "**Ambalajı Benzer İlaç Listesi**", "**Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi**", "**Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi**", "**İşıktan Korunması Gereken İlaç Listesi**" dikkate alınır ve bunların ayrı raflarda yerleştirilmesi ya da farklı ürünlerle birbirinden ayrılması sağlanarak diğer ilaçlarla karışmasının önüne geçilir.

5.5.2. Depolarda "**Eczane ve Depo Yerleşim Planları**" bulundurulur. Ürünlerin yer değiştirmesi durumunda bu planlar da güncellenir.

5.5.3. Hemzemin yerleştirme yapılmaz, rafların altında palet bulundurulur. Tavandan 40 cm aşağıya kadar yerleştirme yapılır ve yerleştirme sırasında malzemenin cinsine uygun davranılır.

5.5.4. İlaçlar ve tıbbi malzemeler oda sıcaklığında (25 derece altında), direk güneş ışığından uzak tutularak ve nem oranı %60'ı aşmayan ortamlarda saklanır. Depolarda ve eczanede ortam ısı ve nemi ısı-nem ölçerlerle izlenir. Isı-nem takipleri günde 1 kez eczane görevlileri tarafından yapılır ve "**Isı-Nem İzlem Formu**" ile kayıt altına alınır. Uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda Eczacı ve teknik birim durumdan haberdar edilir.

5.5.5. Depo ortamlarının fizik koşullarının uygunluğu sağlanır (aydınlatma, havalandırma, ısı ve nem kontrolü) ve olası tehlikelere karşı önlemler uygulanır. Kemirgenlere karşı düzenli ilaçlama yapılır, su baskınlarına karşı her depo girişinde yüksek eşik bulunur. Depolar bodrum dışında mekanlarda oluşturulur. Yangın tehdidine karşı uygun nitelikte yangın tüpleri bulundurulur ve bunların kontrolü periyodik olarak hastane müdürlüğü tarafından yapılır.

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 5 / 7

5.5.6. Uyuşturucu ilaçlar “**Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı**” na uygun olarak saklanır.

5.5.7. Soğuk zincir özelliği olan ilaçlar ve malzemeler için “**Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı**” na uygun olarak depolama yapılır.

5.5.8. “**İşıktan Korunması Gereken İlaçlar Listesi**”nde bulunan ilaçlar orijinal ambalajında muhafaza edilir.

5.6. Stok seviyelerinin ve miadların takibi:

5.6.1. İlaç ve tıbbi malzemelerin stok takipleri HBYS üzerinden yapılır. Stok miktarları, 3 seviye üzerinden izlenir: Minimum, emniyet ve maksimum stok seviyeleri. Bunlar içinde (genelde) belirleyici olan, emniyet stok seviyesidir. En az stokla çalışmak kurumun ana prensibidir.

5.6.2. Emniyet stok düzeyi belirlenirken, ürünün talep edilmesi ile doğrudan alımla alınıp kuruma teslim edilmesi ve stoklara yansımaları arasında geçen sürede tüketilecek miktar göz önüne alınır. Ürün miktarı emniyet stok seviyesine düştüğünde (ürünün tüketim hızı da göz önüne alınarak) talep yapılır ve alım süreci başlatılır.

5.6.3. HBYS, emniyet stok seviyesi altına düşen malzemeler için uyarı verir. Bu durumda alım süreci başlatılır. Ancak bu işlem için özellikle etken madde ve aynı ya da benzer terapötik etki yaratan ilaçların da stok durumu göz önüne alınır. Ayrıca yıl sonunda stok sayımı yapılarak yıl kapatılır.

5.6.4. HBYS’de ürünler otomatik olarak son kullanma tarihlerine göre listelenebilir. SKT’nin dolmasına 6 ay kalan ilaçlar ve malzemeler sarı, 3 ay kalan ilaç ve malzemeler yeşil renkte işaretlenir. SKT dolan ilaç ve malzemeler ise kırmızı renkte işaretlenir.

5.6.5. Her ayın ilk iş günü eczanedeki ürünlerin miadları HBYS üzerinden kontrol edilir ve SKT’nin dolmasına 3 kalan ürünler listelenir. Bu ürünler bulunduğu yerde de kontrol edilir ve yüklenici firmalara bildirilir.

5.6.6. SKT’nin dolması yaklaşan ürünlerde, aynı terapötik etkiye sahip ürünler arasında, yakın miadlı olanın tüketimi sağlanır.

5.6.7. Birimlerde kullanımı süren ve SKT’nin dolmasına 3 ay kalmış ürünler sorumlu hemşire tarafından eczaneye yazılı olarak bildirilir, ürün değişimi, eczacı tarafından takip edilerek sağlanır,

5.6.8. Son kullanma tarihine 1 ay ve daha az kalmış ürünler birimlere dağıtılırken, hasta başına çekilen ilaçlar dışında; birim miadla ilgili olarak özellikle uyarılır.

5.6.9. Son kullanma tarihi dolan ürünler kullanım alanından ayrılır, ilgili depoda bu iş için ayrılmış ve işaretlenmiş alana alınır. Ürünler kolilere alınır, kolinin üzerine ilgili yükleniciye hitaben yazılmış tutanak eklenir. Kolinin üzerine “**Kullanım Dışıdır**” ifadesi yazılır. HBYS, miadı geçmiş ürünlerin birimlere ya da hastaya çıkışına izin vermez.

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 6 / 7

5.6.10. Birimlerde bulunan ilaç ve malzemelerin kullanıma uygunluğu ilgili birimlerde oluşturulan “**Birim İlaç, Malzeme ve Tıbbi Cihaz Yönetim Talimatı**” uyarınca kontrol edilir.

5.7. Eczaneden ilaç ve malzeme istemi, birimlere ilaç ve malzeme dağıtımı:

5.7.1. Bölümlerin eczaneden hasta başı ilaç ve tıbbi malzeme isteme işi mesai saatleri içinde devam eder.

5.7.2. Yatan hastalar için eczaneden hasta başına ilaç ve tıbbi malzeme istemi hekimler tarafından HBYS üzerinden elektronik order yoluyla yapılır. Order edilen ürün kan ürünü ise ayrıca mor reçeteye yazılır.

5.7.3. Sadece belirli bir branş uzmanı tarafından yazılabilen bir ilaç istenecekse önce hastanın primer hekimi tarafından HBYS üzerinden ilgili branştan konsültasyon istemi yapılır ve ilgili konsültan hekim ilacı konsültasyon raporunda belirtir, primer hekim order eder. Bu tür ilaçlarda konsültasyon raporu eczaneye ulaşmadan ilaç dağıtımı yapılmaz.

5.7.4. İstem eczacı tarafından; miktar, günlük doz, ilaç etkileşimi, bir önceki gün verilen miktar gibi özellikleri dikkate alınarak değerlendirilir ve onaylanır. Onaylandıktan sonra çıkarılan ilaç, eczane stoğundan düşülür. Hasta üzerine aktarılır.

5.7.5. İlaç ve malzemeler, “**Güvenli İlaç Hazırlama, Dağıtım ve Taşıma Talimatı**” uyarınca hazırlanır ve dağıtılır.

5.7.6. Hastaya uygulanan ilaç ve tıbbi malzemelerin HBYS üzerinden hasta üzerine aktarılması işi, ilgili sağlık çalışanı tarafından yapılır.

5.7.7. Hasta üzerine aktarılmayan (kullanılmayan) ilaçların ve malzemelerin HBYS üzerinden eczaneye iadesi, “**İlaç ve Malzeme İade Talimatı**” uyarınca sağlanır.

5.7.8. Birimlerde bulunan mini depolar için yapılan toplu talepler, HBYS üzerinden yapılır; eczacı ya da eczane çalışanları tarafından onaylanır. Mini depoya aktarımı uygun görülen ürünler, “**Güvenli İlaç Hazırlama, Dağıtım ve Taşıma Talimatı**” na uygun şekilde birime teslim edilir. İlaçların hazırlanması sırasında meydana gelecek zayi ve kayıplardan eczane ve transferi sırasındaki kayıplardan taşımayı üstlenen birim sorumludur. Bu gibi durumlar “**Fire Fişi**” ile kayıt altına alınır. Fire durumlarında “**Fire Fişi**”, baş eczacı, TMSY ve Başhekim tarafından imzalanır.

5.7.9. Uyuşturucu ilaçlar “**Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı**” na uygun olarak dağıtılır.

5.7.10. Soğuk zincir özelliği olan ilaçlar ve malzemeler için “**Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı**” na uygun olarak dağıtılır.

5.8. Bağış İlaçlar ve Malzemeler

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-----------------|-----------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |



İÜ
ONKOLOJİ ENSTİTÜSÜ
ECZANE İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No : OE-ECZ-PR-001
İlk Yayın Tarihi :03.10.2017
Revizyon No :00
Revizyon Tarihi :
Sayfa No : 7 / 7

5.8.1. Bağış olarak getirilen ilaçlar önce formlarına göre gruplandırılır. Her ilacın SKT kontrol edilir. Bu ürünler HBYS'ye alınırken “**Taşınır Tanımlama Talimatı**” uyarınca sistem üzerinde kartları açılır ve HBYS ekranlarında da bağış ilaç olarak görünür.

5.9. İmha

5.9.1. Miadı geçmiş bağış ilaçlar HBYS'den düşülür, tıbbi atık olarak uzaklaştırılır.

5.9.2. Uyuşturucu ilaçlar imha edilirken, ampul formunda olanlar kırılır ve kesici delici alet kutularına atılır. Bant formunda olanlar makasla kesilerek tıbbi atığa atılır. Blister ve tablet formunda olanlar da tıbbi atığa atılır. Hangi kalem ilaçtan kaçar adet imha edildiği, biri eczacı ve biri başhekim imzası olacak şekilde 3 imzalı tutanakla kayıt altına alınır.

6. İlgili Dökümanlar

- 6.1.** Güvenli İlaç Uygulamaları Prosedürü
- 6.2.** Gider İdaresi İşleyiş Prosedürü
- 6.3.** Kamu İhale Kanunu
- 6.4.** Taşınır İstek Belgesi Formu
- 6.5.** Muayene Komisyonu Çalışma Talimatı
- 6.6.** Muayene Komisyonu Raporu
- 6.7.** Muayene Raporu Formu
- 6.8.** Taşınır Tanımlama Talimatı
- 6.9.** Uyuşturucu İlaçların Kontrolü Talimatı
- 6.10.** Yazılışı Okunuşu Benzer İlaç Listesi
- 6.11.** Yüksek Riskli İlaç Listesi
- 6.12.** Ambalajı Benzer İlaç Listesi
- 6.13.** Acil İlaçların Çocuk Dozları Listesi
- 6.14.** Soğuk Zincire Tabi İlaç Listesi
- 6.15.** Işıktan Korunması Gereken İlaç Listesi
- 6.16.** Eczane ve Depo Yerleşim Planları
- 6.17.** Isı-Nem İzlem Formu
- 6.18.** Soğuk Zincire Tabi İlaçların Kontrolü Talimatı
- 6.19.** İlaç ve Malzeme İade Talimatı
- 6.20.** Güvenli İlaç Hazırlama, Dağıtım ve Taşıma Talimatı
- 6.21.** Birim İlaç, Malzeme ve Tıbbi Cihaz Yönetim Talimatı

| HAZIRLAYAN | GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN | ONAYLAYAN |
|-------------------|------------------------------------|-------------------------|
| Süreç Sorumlusu | Kalite Temsilcisi | Enstitü Müdürü/Başhekim |