|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sıra No** | **İlaç veya Sarf Malzeme Adı** | **Birimi** | **Miktar** | **Birim Fiyatı** | **Toplam Tutarı** | **İmha Nedenleri** | |
|  |  |  |  |  |  | **Miadının Geçmesi** |  |
| **Kırılması** |  |
| **Kontamine Olması** |  |
| **Bozulması** |  |
|  |  |  |  |  |  | **Miadının Geçmesi** |  |
| **Kırılması** |  |
| **Kontamine Olması** |  |
| **Bozulması** |  |
|  |  |  |  |  |  | **Miadının Geçmesi** |  |
| **Kırılması** |  |
| **Kontamine Olması** |  |
| **Bozulması** |  |
|  |  |  |  |  |  | **Miadının Geçmesi** |  |
| **Kırılması** |  |
| **Kontamine Olması** |  |
| **Bozulması** |  |
|  |  |  |  |  |  | **Miadının Geçmesi** |  |
| **Kırılması** |  |
| **Kontamine Olması** |  |
| **Bozulması** |  |
| **TOPLAM ADET** | |  | **TOPLAM TUTAR** | |  | | |

**NOT:** Bu form ilgili sorumlular tarafından imzalandıktan sonra bir nüshası medikal depo sorumlusuna ve bir nüshası da imha komisyonuna teslim edilir.

Yukarıda listede adı ve miktarı belirtilen……..kalem,…….adet ilaç ve malzemenin aşağıda imzaları bulunan kişilerin huzurunda imha edilmesine karar verilmiştir.

Klinik Bölüm Kalite Sorumlusu Taşınır Kayıt Yetkilisi İlaç İmha Komisyonu (İmza/Kaşe) (İmza/Kaşe)

…/…/…… …/…/……

Dekan/Dekan Yrd.

Harcama Yetkilisi Uygundur

..../…./…….