



Bohlool Hospital

## فرم صورتجلسه امحاء ضایعات دارو و تجهیزات مصرفی پزشکی

بدینوسیله به استحضار می‌رساند ارقام ضایعات دارویی و تجهیزات پزشکی مصرفی زیر طبق دستورالعمل ابلاغی امحای درست دارو و تجهیزات با حضور مدیران و نماینده حراست بیمارستان در تاریخ: ..... و ساعت: ..... امحاء گردید.

ردیف	نام اقلام ضایعاتی	واحد	تعداد	روش امحاء مناسب
<b>جمع ارزش ریالی اقلام:</b>				

اصل صورتجلسه فوق در واحد امور دارویی و تجهیزات مصرفی بیمارستان جهت پیگیری های بعدی بایگانی خواهد شد.

مهر و امضاء                                      مهر و امضاء                                      مهر و امضاء                                      مهر و امضاء  
مسئول امور دارویی بیمارستان              مدیر داخلی بیمارستان                      مسئول فنی داروخانه                              مسئول حراست بیمارستان