

(EK-2)

YURT DIŐI İLAÇ KULLANIMI TALEP FORMU

TÜRKİYE İLAÇ VE TIBBİ CİHAZ KURUMU'NA

Hasta Kimlik Bilgileri:

Adı ve soyadı:

T.C. Kimlik No*:

Doğum tarihi:

Cinsiyet:

Adres:

GSM :

e- posta*:

Tel :

Klinik Bilgiler:

Teşhis:

Teşhis Tarihi:

Yurt Dışından Tedariki ve Kullanımı İstenen İlacın:

İlacın adı:

Etkin madde:

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

Kısa Laboratuar Özeti:

Hastanın Bugüne Kadar Teşhisi ile İlgili Olarak Aldığı Tüm Tedaviler Ve Gözlenen Cevaplar:

Yurt Dışından Tedariki ve Kullanımının Talep Edildiği Durum/Gerekçesi:

İlacın dozu ve kullanım süresi:

Kullanım Talebinde Bulunan Hekimin:

Adı Soyadı:

Kurumu:

Unvanı:

GSM*:

Tel:

e-posta*:

Fax:

Yukarıdaki bilgilerin doğruluğunu beyan eder, aksi durumda muhtemel tıbbi/etik/hukuki/mali süreçlerin sorumluluğunu kabul ederim. Uygulanacak tedavi süresince gelişen ciddi yan/advers etki, hastalık ilerlemesi veya ölüm halinde mümkün olan en kısa süre içinde bildirimde bulunacağımı taahhüt ederim.

..../..../20....
Müdavi Hekim
(Adı, Soyadı, İmzası)

**Dikkat: e-posta ve GSM no ile ilgili bölümleri mutlaka doldurunuz. Başvurunuzla ilgili size ulaşılmak istendiğinde ihtiyaç duyulmaktadır.*