

## فرم درخواست دارویی

### مشخصات مرکز:

نام مرکز: \_\_\_\_\_ نام مرکز: \_\_\_\_\_  
 آدرس: \_\_\_\_\_ نوبت کاری فعال:  صبح  عصر  صبح و عصر   
 تلفن: \_\_\_\_\_

تعداد کل بیماران فعال: \_\_\_\_\_ متادون فعال: \_\_\_\_\_ بوپرنورفین فعال: \_\_\_\_\_ اپیوم فعال: \_\_\_\_\_

### مشخصات پرسنل:

عنوان	شیفت صبح	شیفت عصر
نام و کد ملی مسؤول فنی		
نام و کد ملی و مدرک تحصیلی پرستار		
نام و کد ملی روانشناس		

### دوره دارویی و میزان مصرف:

تاریخ شروع: \_\_\_\_\_ تاریخ پایان: \_\_\_\_\_

عنوان	تعداد به عدد	تعداد به حروف	عنوان	تعداد به عدد	تعداد به حروف
شربت اپیوم			قرص بوپرنورفین ۰/۴		
شربت متادون			قرص بوپرنورفین ۲		
قرص متادون ۵			قرص بوپرنورفین ۸		
قرص متادون ۲۰			قرص سابوکسان ۲		
قرص متادون ۴۰			قرص سابوکسان ۸		

آیا مرکز داروی میان دوره دریافت نموده است  بلی  خیر

صحت اطلاعات فوق توسط اینجانب ..... مورد تأیید می باشد و کلیه مسؤولیت های حقوقی مترتب آن بر عهده اینجانب می باشد. ضمناً این مرکز متعهد می شود کلیه فرم های ۸ پرستاری را در پرونده بیماران بایگانی کند و قوانین و مقررات مربوط به مدارک پزشکی را در مورد آن رعایت نماید.

مهر و امضا

پروانه آگونیسست دارای اعتبار می باشد. تاریخ اعتبار: \_\_\_\_\_

مشمول رأی کمیته نظارت می باشد. تاریخ شروع اجرای رأی: \_\_\_\_\_ شرح رأی: \_\_\_\_\_

سقف مجاز تعداد بیماران رعایت شده است. توضیح: \_\_\_\_\_

فاکتور صادره دوره قبل با فرم دارویی مربوطه مطابق است.

فاکتور های میان دوره بررسی شد.

فرم های ۸ پرستاری بررسی شد.

دفتر لوگ بررسی شد.

سامانه آیداتیس بررسی شد.

با توجه به جمع موارد فوق تحویل دارو به تعداد ذیل جهت دوره بعدی بلامانع است:

تاریخ مراجعه بعدی: \_\_\_\_\_ ساعت مراجعه بعدی: \_\_\_\_\_

عنوان	تعداد به عدد	تعداد به حروف	عنوان	تعداد به عدد	تعداد به حروف
شربت اپیوم			قرص بوپرنورفین ۰/۴		
شربت متادون			قرص بوپرنورفین ۲		
قرص متادون ۵			قرص بوپرنورفین ۸		
قرص متادون ۲۰			قرص سابوکسان ۲		
قرص متادون ۴۰			قرص سابوکسان ۸		

مهر و امضاء

تکمیل توسط مرکز

تکمیل توسط کارشناس