

فرم تأیید تجویز داروی ویزوداین

اطلاعات مرکز	
دانشگاه علوم پزشکی:	بیمارستان/مرکز الزاما دارای PDT:
اطلاعات بیمار	
نام و نام خانوادگی:	کدملی:
نام پدر:	تاریخ تولد:
جنس:	شماره تماس:
اطلاعات بیماری	
بیماری:	
اطلاعات پزشک	
پزشک معالج:	فوق تخصص /فلوشیپ:
پزشک تأیید کننده:	فوق تخصص /فلوشیپ:
تاریخ تأیید:	مهر و امضای پزشک:
چکیده گزارشات کلینیکی	
خلاصه وضعیت بیمار:	
.....	
.....	
.....	
خدمات پاراکلینیک انجام شده:	
.....	
.....	
تأییدات	
مهر و امضای معاون درمان دانشگاه:	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:
مهر و امضای پزشک معتمد اول:	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ:
مهر و امضای پزشک معتمد دوم:	
نام و نام خانوادگی:	تاریخ: