

فرم تلفیق دارویی

جنس: <input type="checkbox"/> زن Female <input type="checkbox"/> مرد Male Sex	سن: Age:	علت بستری: Hospitalization reason:	نام و نام خانوادگی بیمار: Name: Family Name:
قد: Height وزن: Weight	نام بخش: Ward: شماره تخت: Bed Number:	شماره پرونده: File Number:	تاریخ پذیرش: Date of Admission ساعت پذیرش: Time of Admission
شرایط خاص بیمار (Special Condition): بارداری (Pregnancy) <input type="checkbox"/> شیردهی (Breastfeeding) <input type="checkbox"/> مصرف الکل (Alcohol Consumption) <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد (Drug Abuse) <input type="checkbox"/> (توضیحات:) سایر موارد (Other) <input type="checkbox"/> (توضیحات:)			
سابقه حساسیت یا عارضه دارویی حائز اهمیت: Food And Drug Allergy History:			
نام پزشک معالج: Physician:		نام داروساز: pharmacist:	
زمان تلفیق دارویی: (Medication Reconciliation Time) <input type="checkbox"/> پذیرش (Admission) <input type="checkbox"/> ترخیص (Discharge) <input type="checkbox"/>			

توضیحات	دستور پزشک معالج					مقدار و فواصل مصرف	راه مصرف	قدرت دارو	شکل دارو	نام دارو های مصرفی بیمار*	ردیف
	فاقد دستور	تغییر دوز	توقف	ادامه	تاریخ						
											۱
											۲
											۳
											۴
											۵
											۶
											۷
											۸
											۹
											۱۰
											۱۱
											۱۲

*منظور کلیه دارو های مصرفی بیمار قبل از پذیرش، انتقال یا ترخیص، بر اساس شرح حال گرفته شده از بیمار است که شامل کلیه دارو های نسخه ای و غیر نسخه ای، گیاهی، سنتی، مکمل ها اعم از استنشاقی، موضعی و ... می باشد.

منبع شرح اخذ حال دارویی: بیمار همراه بیمار نسخ سابق پرونده پزشکی سایر موارد (ذکر توضیحات لازم)

یافته ها:

تاریخ و ساعت تکمیل فرم:	تاریخ و ساعت رؤیت فرم:
مهر و امضا داروساز تکمیل کننده فرم:	مهر و امضا پزشک معالج: