

نام مرکز/مطب :		نام دانشگاه :
آدرس :		نام شهرستان :

### فرم درخواست دارو درمان سرپایی COVID19

#### الف - مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:	کد ملی:
---------------------	---------

#### ب- اندیکاسیون شروع درمان سرپایی:

درجه حرارت:
-------------

و عامل/عوامل خطر را علامت بزنید :

بیماران با نقص ایمنی	بیماران با بیماری زمینه ای
تحت درمان با کورتیکواستروئید	فشار خون
شیمی درمانی	سایر بیماریهای قلبی - عروقی
بدخیمی ها	دیابت
پیوند اعضا	بیماری های تنفسی زمینه ای
مبتلایان به ویروس نقص ایمنی اکتسابی	BMI > 40

#### ج - تعداد داروهای تجویزی:

آسلتامیویر	کلروکین
------------	---------

#### د- اطلاعات پیگیری بیمار:

شماره تلفن ۱	شماره تلفن ۲
آدرس محل سکونت	

مهر و امضاء پزشک معالج:

#### ه- تحویل دارو: (این قسمت توسط ارائه دهنده دارو تکمیل می شود)

تاریخ تحویل دارو	نام مرکز تحویل دهنده
نام تحویل دهنده دارو	