



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ايرانشهر

معاونت غذا و دارو

(فرم تشكيل پرونده جهت دريافت داروي مخدر)

مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:

شماره ملی:

صادر از:

متولد:

شماره تلفن:

ساکن:

اینجانب دکتر:

متخصص:

با شماره نظام پزشکی:

محل کار:

گواهی می نماید نامبره بعلت ابتلاء به بیماری :

(روزانه احتیاج

به تعداد.....عدد آمپول / قرص)

(دارد.

امضاء و مهر نظام پزشکی:

نظریه پزشک معتمد:

تقاضای نامبرده جهت دریافت روزانه تعداد..... عدد آمپول / قرص (به مدت.....ماه ، مورد تایید می باشد.

امضا و مهر پزشک معتمد:

مدارک مورد نیاز برای تحویل دارو:

۱-نسخه بیوپسی یا رادیوگرافی (تاریخ و شماره:) که دال بر بیماری باشد.

۴- اصل شناسنامه ضامن

۳- فتوکپی شناسنامه بیمار

۲- اصل شناسنامه بیمار

۶- نسخه پزشک معالج

۵- فتوکپی شناسنامه ضامن

امضاء مدیر نظارت بر دارو و مواد: مخدر

امضاء کارشناس دارویی:

تعهد نامه ضامن:

اینجانب:

فرزند:

با شماره شناسنامه:

صادر از:

شغل:

که نسبتبا بیمار دارم.

در مقابل دریافت داروهای ویژه اداره نظارت بر مواد مخدر متعهد می گردم شرایط لازم را جهت نظارت بازرسین اداره بر مصرف اصولی دارو و عیادت از بیمار فراهم آورده و رضایت سرپرست خانواده را در خصوص پذیرش بازرسین به هنگام مراجعه جلب نمایم. همچنین از داروهای دریافتی به شدت مراقبت کرده و چنانچه به هر علتی مورد مصرف بیمار قرار نگیرد یا بیمار فوت شود در اولین فرصت مازاد دارو و پوکه های آمپول های خالی را به نماینده اداره و یا مستقیماً به اداره نظارت بر مواد مخدر تحویل و رسید دریافت نمایم.

امضاء و اثر انگشت ضامن

آدرس:

شماره همراه:

شماره تلفن:

تا زمانی که از داروهای مخدر آن اداره استفاده می نمایم دارو را

بدینوسیله وکالت می دهم:

اینجانب

تحویل و برای مصرف در اختیار اینجانب قرار دهد.

امضاء و اثر انگشت بیمار