



بسمه تعالی

تاریخ:.....
 شماره:.....
 پیوست:.....

صور تجلسه

در تاریخ.....پوکه داروهای مخدر(به شرح ذیل) متعلق به بیمارستان حضرت ولی عصر(عج) توسط آقای/خانم.....تحويل نماینده واحد نظارت بر داروی مخدر معاونت غذا و دارو گردید./

تعداد	نام دارو
	پوکه آمپول الفنتانیل
	پوکه آمپول فنتانیل
	پوکه آمپول رمی فنتانیل ۲
	پوکه آمپول رمی فنتانیل ۵
	پوکه آمپول سو فنتانیل
	پوکه آمپول متادون
	پوکه آمپول مرفین
	پوکه آمپول پتدین ۱۰۰
	پوکه آمپول پتدین ۵۰
	پوکه قرص متادون ۵
	پوکه قرص متادون ۲۰
	پوکه قرص متادون ۴۰
	پوکه قرص بوپرنورفین ۲

تحويل گیرنده

تحويل دهنده

(نماینده معاونت غذا و دارو)

(نماینده بیمارستان حضرت ولیعصر (عج))

مسئول واحد نظارت بر مواد مخدر

معاون غذا و دارو

* تحويل پوکه داروی مخدر قبل از دریافت دارو الزامی است.

خیابان شهید فیاض بخش-بیمارستان دکتر علی شریعتی

تلفن: ۵۳۳۱۴۷۰۰-۵۳۳۱۶۳۱۳ تلففاکس: ۵۳۳۱۸۳۸۳ کد پستی: ۷۴۶۱۹۸۵۹۸۳