



بسمه تعالی

تاریخ:.....
شماره:.....
پیوست:.....

صور تجلسه

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

تعداد	نام دارو
	پوکه آمپول الفتانیل
	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 دکتر علی شریعتی)

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:۰۵۳۳۱۴۷۰۰-۵۳۳۱۶۳۱۳ تلففاکس:۰۵۳۳۱۸۳۸۳-۵۳۳۱۸۳۸۳ کدپستی:۷۴۶۱۹۸۵۹۸۳