



وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی، درمانی فسا

بیمارستان دکتر علی شریعتی

فرم مصرف داروی مخدر

تاریخ:.....

نام پزشک:..... شماره نظام پزشکی:.....

نام بیمار:..... کدملی:.....

نام بخش:..... شماره پرونده:.....

تشخیص بیماری:.....

نام داروی مخدر:..... دوز داروی مخدر:.....

شکل داروی مخدر:.....

مهر و امضاء مترون

مهر و امضاء پزشک

مهر و امضاء پرستار

مهر و امضاء داروساز