

بسمه تعالی

تاریخ:

شماره:

پیوست:

معاونت محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی فنا

با سلام

احتراماً، اینجانب موسس / مسئول فنی مرکز سوء مصرف مواد با رتبه
به آدرس: تقاضای داروهای ذیل جهت مصرف در کلینیک را دارم. خواهشمند است دستور اقدام لازم را صادر فرمائید.
تعداد کل بیمار:

نگهدارنده با متادون: سم زدایی با متادون: سم زدایی با بوپرنورفین:

✓ داروی مصرفی جهت کل بیماران در ماه قبل:

قرص متادون ۵ میلیگرمی: قرص متادون ۲۰ میلیگرمی: قرص متادون ۴۰ میلیگرمی:
شربت متادون: قرص بوپرنورفین ۰/۴ میلیگرمی: قرص بوپرنورفین ۲ میلیگرمی:
قرص بوپرنورفین ۸ میلیگرمی: قرص سابکسون ۲ میلیگرمی:

✓ موجودی فعلی:

قرص متادون ۵ میلیگرمی: قرص متادون ۲۰ میلیگرمی: قرص متادون ۴۰ میلیگرمی:
شربت متادون: قرص بوپرنورفین ۰/۴ میلیگرمی: قرص بوپرنورفین ۲ میلیگرمی:
قرص بوپرنورفین ۸ میلیگرمی: قرص سابکسون ۲ میلیگرمی:

✓ تعداد پوکه های تحویلی:

قرص متادون ۵ میلیگرمی: قرص متادون ۲۰ میلیگرمی: قرص متادون ۴۰ میلیگرمی:
شربت متادون: قرص بوپرنورفین ۰/۴ میلیگرمی: قرص بوپرنورفین ۲ میلیگرمی:
قرص بوپرنورفین ۸ میلیگرمی: قرص سابکسون ۲ میلیگرمی:

✓ مقدار درخواستی:

نام دارو	مقدار درخواستی		مقدار تایید شده	
	بر حسب تعداد	بر حسب میلی گرم	بر حسب تعداد	بر حسب میلی گرم
قرص متادون ۵ میلیگرمی				
قرص متادون ۴۰ میلیگرمی				
قرص متادون ۲۰ میلیگرمی				
شربت متادون				
قرص بوپرنورفین ۰/۴ میلیگرمی				
قرص بوپرنورفین ۸ میلیگرمی				
قرص بوپرنورفین ۲ میلیگرمی				
قرص سابکسون ۲ میلیگرمی				

با تشکر

دکتر

معاونت محترم غذا و دارو

با سلام

با تحویل دارو به مرکز فوق طبق مقدار تایید شده موافقت می گردد./

معاونت درمان