

تاریخ:

شماره:

پیوست:



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی قم

معاونت غذا و دارو

فرم عیادت از بیماران در منزل

در تاریخ از بیمار دریافت کننده داروی مسکن مخدر بنام آقای/ خانم در منزل مسکونی بیمار عیادت بعمل آمد و در مورد نحوه میزان مصرف دارو از نامبرده سوالات لازم بعمل آمد. بیمار داروی زیر را استفاده می کردند.

آمپول روزانه عدد

قرص روزانه عدد

امضاء یا اثر انگشت بیمار

نام و نام خانوادگی تنظیم کننده