



سازمان بهداشت ایران

اداره کل بهداشت استان تهران

معرفینامه بیماران دریافت کننده داروهای پرونده‌ای

شماره :

تاریخ :

پیوست :

کد بیماری و شماره پرونده :

نام :

نام خانوادگی :

نام پدر :

شماره ملی :

نسبت با بیمه شده اصلی :

آدرس و تلفن :

مشخصات بیماری و درمان :

- تشخیص نهایی بیماری :

- نام داروهای مورد نیاز و دز دقیق دارو (دز دارو یا دز دوره درمانی) :

- تعداد دوره های درمانی و فاصله بین دوره های درمانی :

- طول درمان

مهر و امضاء پزشک معالج

تاریخ :

- به هنگام تایید دارو لطفا اصل مدارک معتبر (پاتولوژی - خلاصه پرونده پزشکی - آزمایشات - گزارش های رادیولوژی و گواهی بستری) معتبر و اصل شناسنامه بیمار نیز ارائه گردد.
- لطفا کلیه موارد فوق بطور دقیق تکمیل گردد.
- اعتبار این معرفینامه شش ماه می باشد .
- به هنگام تایید دارو ارائه پوکه های دریافتی سری قبل و گواهی تزریق مربوطه الزامی است .

با تشکر

اداره رسیدگی به اسناد سرپایی