مرکز درمان سوء مصرف مواد:..... **(فرم شماره۱۲)**

فرم اقدامات پرستاری

نام ونام خانوادگی بیمار:..... **شماره پرونده:.....**

Date							
Nurse							
Day	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷
Lapse							
Anorexia							
Hyperphagia							
Insomnia							
Parasomnia							
Weakness							
Vertigo							
AbdominalPain							
Diarrhea							
Constipation							
Gastralgia							
Nausea&Vomiting							
Dry Mouth							
MusculoSkeletPain							
Restlessness							
Anxiety							
Depression							
Aggression							
Blurred Vision							
Diplopia							
Hypersomnia							
Tremor							
Muscle Cramp							
Ting ling							
Nasal Hyper Salivation							
Decreased Tolerance							
Loss of libido							
Impotency							
Premature Ejaculation							
Hallucination Delusion							
Other Problem							
BP							

Date								
Nurse								
Day	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۳	۱۴	**F۳**
Lapse								
Anorexia								
Hyperphagia								
Insomnia								
Parasomnia								
Weakness								
Vertigo								
Abdominal Pain								
Diarrhea								
Constipation								
Gastralgia								
Nausea Vomiting								
Dry Mouth								
Musculoskeletal Pain								
Restlessness								
Anxiety								
Depression								
Aggression								
Blurred Vision								
Diplopia								
Hypersomnia								
Tremor								
Muscle Cramp								
Ting ling								
Nasal Hyper Salivation								
Decreased Tolerance								
Loss of libido								
Impotency								
Spontaneous or Premature Ejaculation								
Hallucination Delusion								
Other Problem								
BP								