

(فرم شماره ۱۳)

فرم دستورات پزشک

مرکز درمان سوء مصرف مواد

شماره پرونده:.....

نام و نام خانوادگی بیمار:.....

تاریخ شروع درمان: / /

دستورات داروئی	تاریخ