



گزارش پیشرفت درمان بیماران ارجاع شده به مراکز درمانی (ماهانه)

۱. مشخصات مرکز درمانی

نام مرکز نام مسوول فنی مرکز: - شهر فعالیت:

۲. گزارش وضعیت بیماران ارجاع شده

ردیف	نام و نام خانوادگی	نام پدر	تاریخ اولین مراجعه روز/ ماه/ سال	پیشرفت درمان		
				نوع درمان	آیا بیمار در درمان باقی مانده است؟	نتیجه آخرین آزمایش هفتگی ادرار
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>
				سم زدائی <input type="radio"/> MMT <input type="radio"/>	بلی <input type="radio"/> خیر <input type="radio"/>	مثبت <input type="radio"/> منفی <input type="radio"/>

تاریخ:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز