تاریخ :

شماره :

**مرکز درمان سوء مصرف مواد .....**

دانشگاه علوم پزشکی وخدمات بهداشتی درمانی فارس

# فرم مصرف دارو های مخدر جهت بیماران

**نام بیمار:.....  نام پدر:.....  شماره پرونده:.....**

**شغل بیمار:.....  سن بیمار:.....**

**آدرس دقیق بیمار:.....**

**نوع دارو های استفاده شده( هفتگی):**

| تاریخ شروع درمان | تاریخ اتمام درمان | نام دارو | مقدار داروی مصرف شده ( میلی گرم) |
|---|---|---|---|
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| جمع | | | |

**امضاء و اثر انگشت بیمار  مهر و امضاء پرستار  مهر وامضاء روانشناس**

**مهروامضاء مددکار  مهر و امضاء مسئول فنی مرکز  مهر و امضاء دکتر دارو ساز**

**مهر مرکز  مهر داروخانه**