

کد: OHT-13-134

## فرم معرفی به شورای پزشکی درخواست دارو



فرم جهت داروی (نام دارو) ..... تکمیل و مدارک بیماری پیوست گردد.

نام و نام خانوادگی بیمار: ..... شماره پرسنلی: ..... نسبت: .....

محل اشتغال: ..... سن: ..... تاریخ: ..... شماره تماس: .....

نام و شکل داروهای درخواستی:

طول مدت درمان:

میزان مصرف:

علت تجویز و تشخیص:

نام دارو/ داروهای مصرف شده که بیمار به درمان با آن پاسخ نداده است:

۳-

۲-

۱-

متخصص محترم (۲)  
لطفاً نظر خود را مرقوم فرمائید:

مهر و امضاء پزشک مشاور:

متخصص محترم (۱)  
لطفاً نظر خود را مرقوم فرمائید:

مهر و امضاء پزشک مشاور:

این قسمت توسط بهداشت و درمان صنعت نفت تکمیل میگردد

مدارک تکمیل است.

مهر و امضاء داروساز:

رای کمیسیون پزشکی:

تاریخ: