

## فرم تلفیق دارویی

نام و نام خانوادگی بیمار:	شماره پرونده:	سن:	جنس: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
تاریخ پذیرش:	ساعت پذیرش:	نام بخش:	شماره تخت:
<b>شرایط خاص بیمار:</b> نارسایی کلیوی <input type="checkbox"/> نارسایی کبدی <input type="checkbox"/> سابقه مصرف آنتی بیوتیک در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> سوء مصرف مواد <input type="checkbox"/> سابقه پیوند عضو <input type="checkbox"/> سابقه کموتراپی/رادیوتراپی <input type="checkbox"/> سابقه دریافت واکسن در ۱ ماه اخیر <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> توضیحات:			
حساسیت دارویی یا غذایی	شرح حساسیت	حساسیت دارویی یا غذایی	شرح حساسیت

شکل دارو	داروهای مصرفی بیمار <input type="checkbox"/> پذیرش <input type="checkbox"/> انتقال <input type="checkbox"/> ترخیص	قدرت دارو	راه مصرف	مقدار و فواصل مصرف	زمان آخرین دوز مصرفی	دستور پزشک معالج				توضیحات	موارد واجد هشدار
						ادامه	تغییر دوز	توقف	عدم دستور		
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											

یافته‌ها:

منبع اخذ شرح حال دارویی: بیمار <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/> نسخ سابق <input type="checkbox"/> پرونده پزشک <input type="checkbox"/> شماره تماس منبع اخذ شرح حال و توضیحات (در صورت لزوم)		
تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا داروساز:	تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا متخصص داروسازی بالینی:	تاریخ و ساعت رویت فرم: مهر و امضا پزشک معالج: