

سابه دارویی حامل بیمار

(تمامی تجویزات دارویی فعلی و موارد مرتبط قبلی ، داروهای بدون نسخه و طب مکمل را شامل میشود)

نام بیمار: _____ نام پدر: _____ جنس: _____ سال تولد: _____ وزن: _____ شماره تلفن تماس اضطراری: _____

□ داروها

تاریخ شروع روز/ماه/سال	نام دارو ژنریک یا تجاری	قدرت دارو میلی گرم و ...	نحوه مصرف				تجویز کننده
			میزان؟	نحوه؟	فواصل؟	ارتباط با غذا؟	
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
/ /							
توضیح سوابق عوارض دارویی قبلی							
شرایط خاص بیمار و سایر نکات مهم							
		<input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/> دخانیات					

☺ هرگاه توسط پزشک اعم از عمومی یا متخصص ویزیت میشوید این لیست را مرور و بروز کنید

☺ پس از هر بار بستری این لیست دارویی را با پزشک خود مرور کنید و از ایشان بخواهید جدول پایین سمت چپ را تکمیل کند.

آخرین بازنگری

حساسیتها (دارو، مواد غذایی، سایر مواد و ...)

نام و امضاء پزشک	مکان تجویز	شماره تماس	تاریخ
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /

عامل ایجاد حساسیت	واکنش ایجاد شده