



SheetNo:39
1399/03/25-V5

مدیریت حوادث و فوریت‌های پزشکی اصفهان
فرم گزارش تجویز داروی مخدر

ردیف: ۱

تاریخ:

نام و نام خانوادگی تکنسین یک :		نام و نام خانوادگی تکنسین دو :			
کد آمبولانس :		نام داروی مخدر:			
نام و نام خانوادگی بیمار/بیماران دریافت کننده مخدر					
ردیف	نام و نام خانوادگی بیمار	سن	شماره مأموریت	شکایت اصلی	مقدار مصرف
۱					
۲					
مهر و امضاء پزشک مرکز ارتباطات/پزشک تحويل گیرنده بیمار		مهر و امضاء تکنسین تزریق کننده			
تاریخ و ساعت تجویز دارو		تاریخ و ساعت تجویز دارو			
مهر و امضاء سوپروایزر مرکز ارتباطات/ مسئول امور پایگاهها		مهر و امضاء دارو ساز			