**فرم تلفیق دارویی**

**کد: ??-??-??/??**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| جنس: زن🞏 مرد🞏 | ساعت پذیرش: | تاریخ پذیرش: | نام و نام خانوادگی بیمار: |
| شماره تخت: | نام بخش: | شماره پرونده: | سن:  |
| **شرایط خاص بیمار:**  نارسایی کلیوی🞏 نارسایی کبدی🞏 سابقه مصرف آنتی‌بیوتیک در سه ماه گذشته🞏 سیگار🞏 مصرف الکل🞏 سوءمصرف مواد🞏 سابقه پیوند عضو🞏 سابقه شیمی‌درمانی/پرتودرمانی🞏 سابقه دریافت واکسن در یک ماه اخیر🞏 بارداری🞏 شیردهی🞏 کمبود G6PD 🞏 سابقه تشنج🞏\*توضیحات: |
| شرح حساسیت | حساسیت دارویی یا غذایی | شرح حساسیت | حساسیت دارویی یا غذایی |
|  |  |  |  |
|  |  | ادامه |  |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| محل استفادهشکل دارویی |  | ردیفادامه | تلفیق پذیرش 🞏تلفیق انتقال 🞏تلفیق ترخیص 🞏**داروهای مصرفی بیمار** | قدرت دارو | راه مصرف | مقدار و قواصل مصرف | زمان آخرین دوز مصرفیتغییر دوز | **دستور پزشک معالج** | **توضیحات**موارد واجد هشدار |  |
|  | عدم دستور | توقف |  |
|  | 1 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 11 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  | 1312 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  | 14 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **اختصارات‌محل‌استفاده:**15**H**: History**W**: Ward**D**: Discharge | **یافته‌ها:** |
| منبع اخذ شرح حال دارویی: بیمار🞏 همراه بیمار🞏 نسخ سابق🞏 پرونده 🞏 شماره تماس منبع (در صورت لزوم): |
| تاریخ و ساعت رویت فرم:مهر و امضای پزشک معالج: | تاریخ و ساعت تکمیل فرم:مهر و امضای متخصص داروسازی بالینی: | تاریخ و ساعت تکمیل فرم:مهر و امضای داروساز: |