**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 استفاده  شکل دارویی |  | ردیف  ادامه | تلفیق پذیرش 🞏 تلفیق انتقال 🞏 تلفیق ترخیص 🞏  **داروهای مصرفی بیمار** | | قدرت دارو | راه مصرف | مقدار و قواصل مصرف | زمان آخرین دوز مصرفی  تغییر دوز | **دستور پزشک معالج** | | | | | **توضیحات**  موارد واجد هشدار |  |
|  | | عدم دستور | توقف |  |
|  | 1 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 2 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 3 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 4 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 5 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 6 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 7 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 8 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 9 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 10 |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | 11 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  | 13  12 |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  | |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |
|  | 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: | | | | | |