بنام خدا

**معرفی نامه تحویل داروی انسولین قلمی به بیماران دارای نسخ آزاد**

بدینوسیله آقا/ خانم ............................................................. با کدملی ........................................ و شماره همراه...................................با توجه به مستندات و بررسی های بعمل آمده و براساس نسخه تجویزی آقای دکتر/خانم دکتر....................................................... متخصص/ فوق تخصص ..........................................جهت تحویل داروی.................................................... و ....................................................... معرفی می گردد.

داروخانه تحویل دهنده دارو مکلف است پس از ثبت اطلاعات کامل بیمار در برنامه داخلی داروخانه و تحویل دارو به بیمار، اطلاعات جدول را تایید نموده و پس از تحویل دارو در همان ماه در سایر داروخانه ها ممنوع می باشد.

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| امضاء مسئول فنی و. مهر داروخانه | تاریخ تحویل | تعداد و نوع قلم انسولین 2 | تعداد و نوع قلم انسولین 1 | سهمیه ماه |
|  |  |  |  | بهمن ماه 98 |
|  |  |  |  | اسفند ماه 98 |
|  |  |  |  | فروردین ماه 99 |
|  |  |  |  | اردیبهشت99 |
|  |  |  |  | خرداد99 |

معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی....................