

فرم دستور قطع مصرف OT با روش DST و اعلام رهایی

شماره:

تاریخ:

نمایندگی:

نام راهنما:

کلینیک:

تاریخ مراجعه به کلینیک:

محل چسباندن

عکس

نام: وضعیت شغلی: شاغل بیکار

تاریخ تولد: وضعیت تاهل: مجرد متاهل

محل تولد: شماره پرونده در کنگره ۶۰:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره کارت شناسایی کنگره:

آنتی ایکس مصرفی:

مقدار آنتی ایکس (روزانه):

مقدار مصرف OT روزانه در شروع درمان:

بیشترین مقدار مصرف OT در طول سفر:

مقدار مصرف OT در پایان درمان سی سی در

مدت روز

تاریخ شروع مصرف OT :

مدت سفر با OT :

تاریخ قطع مصرف OT :

نظریه بالینی پزشک کلینیک:

.....

.....

یافته های پاراکلینیکی:

مرفین:

آمفتامین:

: T.H.C

بنز و دیازپین:

متادون:

اگر قبل از ورود به کنگره بیماری داشته اید که همزمان با متد DST علائم آن از بین رفته یا کاهش یافته است را بنویسید.

.....

.....

مهر و امضاء پزشک کلینیک و تاریخ

نام و امضاء راهنما

با ورود به سفر دوم موافقت میشود

حسین دژاکام

نام و امضای مسئول OT و مهر نمایندگی

- ۱- آزمایش نوبت اول ۱۴ الی ۲۱ روز بعد از رهایی.
- ۲- آزمایشات نوبت دوم و سوم، ۶ ماه و یکسال پس از رهایی.
- ۳- مبلغ هر نوبت آزمایش ۲۰۰۰۰ تومان می باشد که به کلینیک پرداخت می گردد.
- ۴- هر نوبت آزمایش تست‌های، مورفین، آمفتامین (شیشه) ، حشیش (THC)، بنزودیازپین (قرص) و متادون انجام می شود.
- ۵- بعد از قطع مواد تا آزمایش نوبت اول هیچگونه قرصی مصرف نشود.
- ۶- سفر دوم منوط به انجام آزمایشات می باشد.