



فرم دستور قطع مصرف OT با روش DST و اعلام رهایی

محل چسباندن
عکس

شماره:

تاریخ:

نماینده:

نام راهنما و شماره لژیون:

نام راهنمای همسفر:

روز دریافت دارو از کلینیک:

تاریخ انجام اولین نوبت آزمایش:

در کلینیک:

نام: تاریخ تولد: محل تولد: شماره کارت شناسایی کنگره:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره پرونده در کنگره: شماره تلفن:

وضعیت شغلی: شاغل بیکار وضعیت تأهل: مجرد متأهل

آنتی ایکس مصرفی: نظریه بالینی پزشک کلینیک:

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 OT:

یافته‌های پاراکلینیکی:

مرفین:

آمفتامین:

T.H.C:

بنزودیازپین:

متادون:

ترامادول:

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

..... ادامه در پشت صفحه

نام و امضای مسافر:

نام و امضای راهنمای مسافر:

امضای راهنما بمنزله تسویه حساب می‌باشد.

نام و امضای همسفر:

نام و امضای راهنمای همسفر:

نام و امضای مسئول OT و مهر نمایندگی:

مهر و امضای پزشک کلینیک و تاریخ:

با ورود به سفر دوم در تاریخ موافقت می‌شود

نگهبان کنگره 60، دژاکام

