



سال ۱۳۹۹

### فرم دستور قطع مصرف OT با روش DST و اعلام رهایی

شماره: .....

تاریخ: .....

نماینده: .....

نام راهنما و شماره لژیون: .....

نام راهنمای همسفر: .....

محل چسباندن  
عکس

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 تاهل: متاهل  مجرد  متاهل

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 OT:

نظریه بالینی پزشک کلینیک: .....

.....

یافته های پاراکلینیکی:

مرفین:

آمفتامین:

T.H.C:

بنزودیازپین:

متادون:

ترامادول:

اگر قبل از ورود به کنگره بیماری داشته اید 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:

با ورود به سفر دوم در تاریخ ..... موافقت می شود

مهر و امضای پزشک کلینیک و تاریخ:

نگهبان کنگره ۶۰، دژاکام



- ۱ - بعد از قطع مصرف تا آزمایش نوبت اول هیچ گونه قرصی مصرف نشود.
- ۲ - آزمایش نوبت اول ۱۴ الی ۲۱ روز بعد از رهایی می باشد.
- ۳ - آزمایشات نوبت دوم و سوم ؛ ۶ ماه و یک سال پس از رهایی می باشد.
- ۴ - بابت هر نوبت آزمایش هزینه به کلینیک پرداخت می گردد.
- ۵ - در هر نوبت مراجعه آزمایش های : مورفین ، آمفتامین ( شیشه ) ، حشیش ( T.H.C ) ، بنزودیازپین ( قرص ) ، متادون و ترامادول انجام می شود.
- ۶ - سفر دوم منوط به انجام آزمایشات سه نوبت فوق می باشد.

ادامه توضیح بیماری :

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

امضای بیمار :