



محل الصاق عکس

کد یکتا:

شماره:

تاریخ: / /

نام نمایندگی و شهر:

نام راهنما و کد لژیون:

ورود به سفر دوم مسافران

نام: تاریخ تولد: / / محل تولد:

شماره کارت عضویت: مدرک و رشته تحصیلی: شماره پرونده در کنگره:

تلفن همراه: وضعیت شغلی: شاغل ☐ خانه‌دار ☐ بیکار ☐ وضعیت تأهل: مجرد ☐ متأهل ☐

آنتی ایکس مصرفی:

میزان آنتی ایکس مصرفی روزانه:

تاریخ شروع مصرف OT:

میزان مصرف روزانه OT در شروع درمان:

بیشترین میزان مصرف روزانه OT در طول سفر:

میزان مصرف OT در پله آخر درمان سی‌سی به مدت روز

مدت سفر درمانی با OT:

اگر قبل از ورود به کنگره بیماری داشته‌اید که در طول درمان با روش DST

علائم آن از بین رفته یا کاهش یافته است را بنویسید:

.....

.....

.....

.....

.....

نام کلینیک: روز دریافت دارو: تاریخ انجام فالوآپ چهارده روزگی: / / نام راهنمای تازه‌واردین:

● یافته‌های پاراکلینیک:

● نظریه بالینی پزشک کلینیک:

مرفین: ☐ Positive ☐ Negative

آمفتامین: ☐ Positive ☐ Negative

T.H.C: ☐ Positive ☐ Negative

بنزودیازپین: ☐ Positive ☐ Negative

متادون: ☐ Positive ☐ Negative

ترامادول: ☐ Positive ☐ Negative

مُهر، تاریخ و امضاء پزشک کلینیک

نام، تاریخ، مُهر و امضاء مرزبان کشیک

تسویه حساب لژیون انضباطی

نام، تاریخ و امضاء همسفر

نام، تاریخ و امضاء مسافر

نام، تاریخ، مُهر و امضاء مسئول OT نمایندگی

نام، تاریخ، مُهر و امضاء راهنمای همسفر

نام، تاریخ، مُهر و امضاء راهنمای مسافر