

# 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.