سابقه دارویی کامل بیمار

(تمامی تجویزات داروئی فعلی و موارد مرتبط قبلی ، داروهای بدون نسخه و طب مکمل را شامل میشود)

□ **داروها** نام بیمار : _____ نام پدر :_____ جنس: ___ سال تولد :_____ وزن :___ شماره تلفن تماس اضطراری:_____

تاریخ شروع	نام دارو	قدرت دارو	نحوه مصرف				علت تجویز	توضیحات	تجویز کننده
روز / ماه / سال	ژنریک یا تجاری	میلی گرم و ...	میزان؟	نحوه ؟	فواصل ؟	ارتباط با غذا؟	(بیماری،...)		
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
/ /									
توضیح سوابق عوارض داروئی قبلی									
شرایط خاص بیمار و سایر نکات مهم		بارداری□	شیردهی□	دخانیات□					

- ü هرگاه توسط پزشک اعم از عمومی یا متخصص ویزیت میشوید این لیست را مرور و بروز کنید
- ü پس از هربار بستری این لیست داروئی را با پزشک خود مرور کنید و از ایشان بخواهید جدول پایین سمت چپ را تکمیل کند.

حساسیتها (دارو ، مواد غذائی،سایر مواد و ...)

عامل ایجاد حساسیت	واکنش ایجاد شده

آخرین بازنگری

نام و امضاء پزشک	مکان تجویز	شماره تماس	تاریخ
			/ /
			/ /
			/ /
			/ /