

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی رفسنجان
مرکز آموزشی، درمانی مرادی
فرم سابقه دارویی بیمار

شماره پرونده:

نام خانوادگی:		نام:	بخش:	پزشک معالج:	
نام پدر:		تاریخ تولد:	اطاق:	تاریخ پذیرش:	
جنس: مونث: <input type="checkbox"/> مذکر: <input type="checkbox"/>		شماره تلفن ثابت: شماره همراه:	تشخیص بیماری:	وزن:	
نام و مشخصات دارو های مصرفی بیمار در منزل					
تاریخ شروع روز/ماه/سال	نام دارو ژنریک یا تجاری	قدرت دارو میلی گرم	نحوه مصرف:		
			دوز	راه مصرف	فواصل

آیا بیمار دارای حساسیت و عوارض دارویی قبلی می باشد ؟ بلی خیر در صورت بلی نوع حساسیت مشخص شود.....

شرایط خاص بیمار و سایر نکات مهم : بارداری شیردهی دخانیات بیماریهای خاص سایر باذکر مورد.....

حساسیت ها و آلرژی ایجاد شده در زمان بستری در بیمارستان (دارویی، مواد غذایی، سایر مواد)				
عامل ایجاد حساسیت	واکنش ایجاد شده	مکان تجویز	مهر و امضاء پزشک	تاریخ و ساعت
				/ / -:-
				/ / -:-
				/ / -:-
				/ / -:-

پرستار باید در صورت بروز هرگونه علائم حساسیت ، به دارو یا مواد غذایی ، پزشک معالج را در جریان بگذارد تا قسمت فوق پس از انجام معاینات لازم و تایید علائم حساسیت تکمیل گردد.