**دانشگاه علوم پزشکی بم – معاونت درمان**

  **نام مرکز :**

**برگ خلاصه پرونده درمانی مددجویان تحت درمان با متادون / بوپرونورفین**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **شماره شناسنامه / کد ملی :** | **نام پدر :** | **نام خانوادگی :** | **نام :** |
| داروی مصرفی : متادون : بوپرونورفین : | نوع درمان : سم زدائی : نگهدارنده : |
| دوزاژ مصرفی دو روز قبل از ترخیص : Mg ..... معادل ..... عدد قرص | شماره پرونده : |
| دوزاژ مصرفی یک روز قبل از ترخیص : Mg ..... معادل ..... عدد قرص | تاریخ ورود به درمان : |
| دوزاژ مصرفی در روز ترخیص : Mg ..... معادل ..... عدد قرص | آخرین روز دریافت دارو : |

|  |  |
| --- | --- |
| تاریخ آخرین ویزیت روانپزشک : | تاریخ آخرین ویزیت پزشک : |
| داروی اعصاب تجویز شده در زمان ترخیص : | سابقه و وضعیت فعلی بیماریهای جسمی : |

|  |  |
| --- | --- |
| وضعیت روانی / اجتماعی در هنگام ترخیص : | دفعات مشاوره فردی از زمان شروع درمان : |
| دفعات مشاوره گروهی از زمان شروع درمان : |
| سایر اقدامات / توضیحات : |

**آزمایشات مرفین**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  |  | تاریخ : |
|  |  |  | نتیجه : |

**سایر آزمایشات**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  | تاریخ : |
|  |  |  |  | آزمایش: |
|  |  |  |  | نتیجه : |

 **نام و امضاء مسئول مرکز : مهر مرکز :**