



بیمارستان آریا
ARYA HOSPITAL
فرم تلفیق دارویی در بیماران بستری
COMPLICATION OF TRANSFUSION SHEET

Attending Physician: پزشک معالج:		Ward: بخش:	Name: نام:	Unit No: شماره پرونده:		Family name: نام خانوادگی:						
Data of Admission: تاریخ پذیرش:	Room: اتاق:	Date of Birth: تاریخ تولد:	Father,s Name: نام پدر:		Kind نوع بیمه: insurance:		Diagnosis: تشخیص:					
Time: ساعت:	Bed: تخت:	نام داروهای مصرفی بیمار در منزل اعم از تجویزی، بدون نسخه و گیاهی		دوز دارو	نحوه مصرف	تاریخ شروع	خواص مصرف دارو	علت تجویز	عوارض دارو	نظر پزشک در خصوص ادامه یا تغییر دارو		
										تغییر دارو	قطع دارو	ادامه دارو
حساسیت دارویی:							بیمارستان آریا					
حساسیت غیر دارویی:												
عوارض دارو در گذشته:												

سوابق عوارض دارویی قبلی:

شرایط خاص بیمار و سایر نکات مهم بارداری ، شیردهی ، دخانیات

شماره تلفن اضطراری:

مهر و امضاء پزشک تایید کننده:

نام و امضاء پرستار تکمیل کننده: (شیفت و تاریخ):