



نام مرکز / مطب:
آدرس:

نام دانشگاه:
نام شهرستان:

الف - مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی	کد ملی
--------------------	--------

ب - اندیکاسیون شروع درمان سرپایی:

درجه حرارت

عامل یا عوامل خطر را علامت بزنید:

بیماران با نقص ایمنی		بیماران با بیماری زمینه ای	
	تحت درمان با کورتیکواستروئید		فشار خون
	شیمی درمانی		سایر بیماری های قلبی - عروقی
	بدخیمی ها		دیابت
	پیوند اعضا		بیماری تنفسی زمینه ای
	مبتلایان به ویروس نقص ایمنی انسانی		$BMI > 40$

ج - تعداد داروهای تجویزی:

کلروکین

د - اطلاعات بیمار:

شماره تلفن ۱	شماره تلفن ۲
آدرس محل سکونت	

مهر و امضا پزشک معالج:

ه - تحویل دارو: (این قسمت توسط ارائه دهنده دارو تکمیل می گردد)

تاریخ تحویل دارو	نام مرکز تحویل دهنده
نام تحویل دهنده دارو	