

Mẫu số 3. Danh sách chuyển tiếp người bệnh từ cơ sở cấp phát thuốc về cơ sở điều trị thay thế
(Ban hành kèm theo Quyết định số 4066/QĐ-BYT ngày 31/12/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

SỞ Y TẾ
Tên cơ sở
.....

CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM
Độc lập - Tự do - Hạnh phúc

....., ngày ... tháng ... năm 20.....

DANH SÁCH CHUYỂN TIẾP NGƯỜI BỆNH ĐIỀU TRỊ METHADONE

Căn cứ tình hình điều trị thực tế của người bệnh, cơ sở cấp phát thuốc
..... chuyển tiếp các người bệnh có tên sau đây về cơ sở điều trị thay
thế để theo dõi, quản lý và điều trị:

TT	Họ và tên	Mã số	Năm sinh		Liều hiện tại	Lý do chuyển tiếp điều trị
			Nam	Nữ		
1						
2						
3						
...						

Người lập danh sách
(ký và ghi rõ họ tên)

....., ngàytháng năm
Lãnh đạo cơ sở cấp phát thuốc
(ký tên và đóng dấu)

Ghi chú:
Cơ sở cấp phát thuốc cần ghi rõ lý do chuyển tiếp điều trị để bác sĩ điều trị xác nhận việc tiếp tục theo dõi, quản lý người bệnh hay cho người bệnh ngừng điều trị.