

Mẫu số 1. Danh sách người bệnh đủ điều kiện được cấp thuốc methadone nhiều ngày

(Ban hành kèm theo Quyết định số 4066/QĐ-BYT ngày 31/12/2024 của Bộ trưởng Bộ Y tế)

Tên đơn vị:.....

**DANH SÁCH NGƯỜI BỆNH ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐƯỢC CẤP THUỐC
METHADONE NHIỀU NGÀY**

Thời điểm rà soát:...../...../.....

TT	Họ và tên	Mã số người bệnh	Địa chỉ	Thời gian bắt đầu điều trị	Liều dùng (mg)	Số tháng ở liều duy trì	Theo dõi trong 2 tháng qua (*)		
							Xét nghiệm nước tiểu	Bỏ liều	Ngộ độc

Người rà soát
(ký, ghi rõ họ tên)

Lãnh đạo cơ sở điều trị thay thế
(ký, ghi rõ họ tên)

(*): Xét nghiệm nước tiểu ghi rõ kết quả âm tính (-) hay dương tính (+); Nếu không xét nghiệm ghi “KXN”; Bỏ liều; Ngộ độc ghi rõ “Có/Không”.