

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

معاونت غذا و دارو

مدیریت امور دارو و مواد تحت کنترل

این جانب فرزند..... به شماره شناسنامه صادره شغل که نسبت / خودم
..... با بیمار آقای /خانم ساکن در شهرستان به آدرس
..... شماره تماس

در مقابل دریافت داروهای ویژه اداره نظارت بر دارو و مواد تحت کنترل متعهد میگردم :

- ۱- شرایط لازم جهت نظارت بازرسی اداره بر مصرف اصولی دارو و عیادت از بیمار فراهم آورده و رضایت سرپرست خانواده را در خصوص پذیرش بازرسی به هنگام مراجعه جلب نمایم .
- ۲- همچنین از داروهای دریافتی مراقبت کرده و چنانچه به هر علتی مورد مصرف بیمار قرار نگیرد در اولین فرصت مازاد دارو و پوکه های خالی شربت ، قرص ویا آمپول را به نماینده داروخانه ایرانمهر تحویل نمایم .
- ۳- در صورت شکسته شدن پوکه ی شربت یا آمپول ، پوکه ی شکسته را جمع آوری و به داروخانه تحویل نمایم و از دورانداختن آن پرهیز نمایم
- ۴- کلیه مدارک دال بر بیماری را تحویل داده و از رأی کمیسیون پزشکی تمکین نمایم .
- ۵- شناسنامه و کارت ملی خویش / بیمار به همراه فاکتور دارویی ایرانمهر را در هر نوبت مراجعه به معاونت غذا و دارو و داروخانه ایرانمهر همراه داشته باشم .
- ۶- داروها مطابق با دستور مصرف تعیین شده کمیسیون پزشکی توسط بیمار مصرف شود. و چنانچه به هر دلیلی دارو زودتر از موعد توسط بیمار مصرف شود، معاونت غذا و دارو تعهدی در قبال تحویل دارو زودتر از موعد و خارج از نظر کمیسیون پزشکی را نخواهد داشت.
- ۷- جهت تحویل دارو در روزهای تعیین شده توسط معاونت غذا و دارو (تاریخ مراجعه بعدی درج شده در فاکتور دارویی) مراجعه نمایم. و چنانچه تاریخ مراجعه ثبت شده روز تعطیل رسمی (پنجشنبه ها معاونت غذا و دارو تعطیل می باشد) باشد در آخرین روز کاری زودتر از موعد مراجعه نمایم.(لازم به ذکر است در صورت مراجعه بعد از تاریخ تعیین شده بیمار به داروخانه، میزان داروی تحویل از روز مراجعه محاسبه خواهد شد به عبارتی سهمیه دارویی برای روزهای عدم مراجعه بیمار تعلق نخواهد گرفت.)
- ۸- در صورت عدم امکان حضور اینجانب ، آقا/خانم که نسبت با بیمار را دارند
به عنوان نماینده برای انجام امور اداری و تحویل دارو معرفی می نمایم .

امضاء