

بسمه تعالی

معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی اصفهان
اداره نظارت بر مواد و داروهای تحت کنترل

تاریخ صدور.....

اینجانب دکتر..... متخصص..... محل کار..... شماره تماس.....

پزشک معالج بیمار آقا/ خانم..... با کد ملی.....

گواهی می نمایم نامبرده بعلت ابتلا به بیماری..... از تاریخ..... تا تاریخ.....

به مدت (بعدد)..... (بحروف)..... روز احتیاج به آمپول/قرص/ شیفاف/ شربت/ پیچ پوستی.....
واحد دارو..... با دوز روزانه (بعدد)..... (بحروف)..... دارد.

مهر و امضاء پزشک معالج

کد رهگیری نسخه الکترونیک بیمار:

***** پزشک گرامی تکمیل گواهی فوق بدون خط خوردگی الزامیست.**

******* با صدور این نسخه هرگونه گواهی قبلی مربوط به داروی مخدر از درجه اعتبار ساقط است. مدت اعتبار این گواهی یک ماه است.
******* در صورت نیاز به ادامه مصرف دارو، پزشک می تواند گزینه تمدید نسخه (حداکثر برای سه ماه) را همزمان با تجویز نسخه در سامانه انتخاب نماید.

- آدرس جهت تشکیل پرونده و دریافت کارت الکترونیک: کیلومتر ۱۰ بزرگراه اصفهان- شیراز، انتهای خ خلیج فارس ۳۶ (ولیعصر (عج))، پردیس
شماره ۲ دانشگاه، معاونت غذا و دارو، اداره داروهای تحت کنترل، تلفن: ۰۶۷-۳۶۵۴۷۹۶۰، ساعت مراجعه شنبه تا چهارشنبه ۸-۱۲، پنجشنبه ۸-۱۱

**** مدارک لازم:** ۱- اصل و کپی شناسنامه بیمار ۲- اصل و کپی کارت ملی بیمار ۳- اصل و کپی برگه پاتولوژی جهت تایید بیماری و سایر مدارک
پزشکی بیمار ۴- کارت عابر بانک جهت پرداخت هزینه ۵- در صورتی که بیمار متولد استان اصفهان نباشد ارائه مدارک سکونت ۶- متعهد (ارائه کننده مدارک) باید شخص بیمار یا خانواده درجه یک وی باشد. ۷- کارت شناسایی متعهد
آدرس جهت دریافت دارو (پس از تشکیل پرونده) : داروخانه سیدالشهدا، واقع در انتهای خیابان مطهری، نبش اتوبان شهید خرازی، جنب بیمارستان
سیدالشهدا تلفن: ۰۷۰۳۲۳۵۴۰۷۰ ساعت مراجعه شنبه تا چهارشنبه ۱۹-۱۴