**PHỤ LỤC SỐ 01**

**MẪU ĐƠN THUỐC***(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đơn vị …………….. MS:………………..  Số:………………...  **ĐƠN THUỐC**  Họ tên:……………………………….Năm sinh:………nam/nữ…  Điện thoại:…………… PARA:….............  Địa chỉ:…………………………..…...……………........................  Số thẻ BHYT:…….. …………………………...Thời hạn:……….  Chẩn đoán:………………………………………………………...  **Thuốc điều trị:**  1.  2.  Cộng khoản:  Lời dặn:  Tái khám:  Nhập viện khi:   |  |  | | --- | --- | | Bệnh nhân ký nhận thuốc | Ngày.….. tháng.….. năm 20...... Bác sĩ khám bệnh |   Họ tên: ……………  Lưu ý: Khám lại xin mang theo đơn này. | **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC 1**  1. Kích thước: 1/2 giấy khổ A4 ngang (không để viền)  2. Giấy trắng, chữ Time New Roman cỡ 14, màu đen.  3. Mục y sĩ/bác sĩ khám bệnh: ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  4. Đơn được sử dụng kê đơn thuốc (trừ thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất). |

*Lời dặn: Chế độ ăn uống và chế độ sinh hoạt làm việc:*

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Đơn vị …………….. MS:………………..  Số:………………...  **ĐƠN THUỐC**  Họ tên người bệnh:…………………….Tuổi:………nam/nữ..…...  Họ tên bố mẹ:………………………...............................................  Địa chỉ:……………………………………….ĐT:…………….....  Số thẻ BHYT:…..……………………………Thời hạn:………….  Chẩn đoán:.……………………………………………………......  **Thuốc điều trị:**  1.  2.  Cộng khoản:  Lời dặn:  Tái khám:  Nhập viện khi:   |  |  | | --- | --- | | Bệnh nhân ký nhận thuốc | Ngày ….. tháng ….. năm 20...... Bác sĩ khám bệnh |   Họ tên: ……………  Lưu ý: Khám lại xin mang theo đơn này. | **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC 1**  1. Kích thước: 1/2 giấy khổ A4 ngang (không để viền)  2. Giấy trắng, chữ Time New Roman cỡ 14, màu đen.  3. Mục y sĩ/bác sĩ khám bệnh: ký, ghi rõ họ tên, đóng dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh.  4. Tuổi: ghi tuổi của người bệnh, với trẻ < 72 tháng tuổi ghi số tháng tuổi;  5. Đơn được sử dụng kê đơn thuốc (trừ thuốc gây nghiện, thuốc hướng tâm thần và tiền chất). |

*Họ tên bố hoặc mẹ nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi:*

*Trường hợp nhận thuốc thay người bệnh, cần ghi rõ mối quan hệ với người bệnh.*

**PHỤ LỤC SỐ 02**

|  |  |
| --- | --- |
| MS:………………..  Số:………………...  **HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THỰC PHẨM CHỨC NĂNG, MỸ PHẨM**  Họ tên:……………………………………....... Năm sinh:..……..nam/nữ……  Địa chỉ:…………………………..….................ĐT:…………… PARA…......  Chẩn đoán:……………………………………………………………………...  1/………………………………………………………………………………...  Uống sáng………………., trưa…………………, tối……………………...  2/………………………………………………………………………………...  ….………………………………..……………………..……………………...  3/…………………………………………………………………………………  ……………………………………………………………...............................  Cộng khoản:……………  Lời dặn:  Lưu ý:  *Ngày* …...*tháng..……năm 20.…..*  **NGƯỜI HƯỚNG DẪN**  Họ tên: ………………………… | MS:………………..  Số:………………...  **HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THỰC PHẨM CHỨC NĂNG, MỸ PHẨM**  Họ tên:……………………………………....... Năm sinh:..……..nam/nữ……  Địa chỉ:…………………………..….................ĐT:…………… PARA…......  Chẩn đoán:……………………………………………………………………...  1/………………………………………………………………………………...  Uống sáng………………., trưa…………………, tối……………………...  2/………………………………………………………………………………...  ….………………………………..……………………..……………………...  3/………………………………………………………………………………..  ……………………………………………………………...............................  Cộng khoản:……………  Lời dặn:  Lưu ý:  *Ngày* …...*tháng..……năm 20.…..*  **NGƯỜI HƯỚNG DẪN**  Họ tên: ………………………… |

**MẪU “HƯỚNG DẪN SỬ DỤNG THỰC PHẨM CHỨC NĂNG, MỸ PHẨM”**

*(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

Kích thước sổ 1/2 khổ giấy A4. Chữ Time New Roman, màu đen

**PHỤ LỤC SỐ 03**

**MẪU ĐƠN THUỐC “N”***(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… Điện thoại…………….. | Số ………. |   **ĐƠN THUỐC “N”**  *(Bản lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*  Họ tên: ………………………………………………….  Tuổi: ………………………nam/nữ ……………………  Địa chỉ: ……………………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)…………………………………..  Chẩn đoán: ………………………………………………………  Đợt ……… (từ ngày …../…./20….. đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… *(dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)* Điện thoại…………….. | Số ……. |   **ĐƠN THUỐC “N”**  *(Bản lưu tại cơ sở cấp, bán thuốc)*  Họ tên: ………………………………………………….  Tuổi: …………………………nam/nữ ………………..  Địa chỉ: ………………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)…………………..  Chẩn đoán: ………………………………………  Đợt ………… (từ ngày …../…./20….. đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | Người nhận thuốc *(Ký, ghi rõ họ tên và số chứng minh nhân dân)*  Hạn sử dụng của thuốc: |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… Điện thoại……….. | Số ………. |   **ĐƠN THUỐC “N”**  *(Bản giao cho người bệnh)*  Họ tên: …………………………………………………….  Tuổi: ………………nam/nữ …………………………..  Địa chỉ: ……………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)……………………………..  Chẩn đoán: ………………………………………………  Đợt …… (từ ngày …../…./20….. đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC 4: ĐƠN THUỐC “N”**  1. Sử dụng để kê đơn thuốc gây nghiện.  2. Kích thước: Đơn thuốc “N” đơn đều có kích thước 1/2 khổ giấy A4 (14,8cm x 20,9 cm);  3. Giấy trắng, chữ Time New Roman màu đen, cỡ 14.  4. Hạn sử dụng thuốc do cơ sở cấp, bán lẻ thuốc ghi. |

**PHỤ LỤC SỐ 04**

**MẪU CAM KẾT**Về việc sử dụng thuốc gây nghiện cho người bệnh  
*(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc   
kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

**CAM KẾT**

**Về việc sử dụng thuốc gây nghiện cho người bệnh**

Tên tôi là:…………………………….Giấy chứng minh nhân dân số:……………………

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………….

Điện thoại: ………………………………………………………………………………….

Hiện đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện: …………………………………………..

………………………………………………………………………………………………

**Tôi xin cam kết về sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện:** ………………………………

1. Chỉ sử dụng thuốc theo hướng dẫn.

2. Chỉ nhận đơn thuốc vào các buổi hẹn khám, hoặc khám lại vì lý do đau nặng hơn tại bệnh viện. Không nhận thêm đơn có kê thuốc giảm đau gây nghiện và không tìm thuốc từ bất kỳ nguồn nào khác.

3. Nộp lại thuốc thừa cho cơ sở đã cấp/bán thuốc khi không dùng hết.

4. Không bán thuốc đã được kê đơn.

5. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu vi phạm quy định về sử dụng thuốc gây nghiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …….., ngày tháng năm 20….. Người cam kết *(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC SỐ 05**

**MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ  
Xác nhận người bệnh cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện***(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

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

*…….., ngày ….. tháng ….. năm 20…*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Xác nhận người bệnh cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện**

Tôi tên là (ghi rõ họ và tên) ……………………………………………………………….

Là người bệnh/người nhà của người bệnh …………………………………………………

Số CMND: …………………………………………………………………………………

Địa chỉ thường trú: …………………………………………………………………………

Bệnh viện đang điều trị giảm đau cho người bệnh bằng thuốc gây nghiện (ghi tên bệnh viện và địa chỉ): …………………………………………………………………………….

Tôi làm đơn này đề nghị Trạm trưởng Trạm y tế xã xác nhận tôi/người nhà của tôi cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người làm đơn** *(ký và ghi rõ họ và tên)* |

**XÁC NHẬN**

**Người bệnh cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện**

- Căn cứ vào đơn đề nghị của người bệnh/người nhà người bệnh …………………………

- Số CMND: ………………………………………………………………………………..

- Địa chỉ thường trú: ………………………………………………………………………..

- Tôi: ………………………………………………………………………………………..

- Chức vụ: Trạm trưởng Trạm y tế xã …………………………...…, huyện…………...…, tỉnh………………………………………………………………………………………….

- Xác nhận người bệnh ………………………………….Tuổi………………………… cần tiếp tục được điều trị giảm đau bằng thuốc ……………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TRẠM TRƯỞNG** *(ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

**PHỤ LỤC SỐ 06**

**MẪU ĐƠN THUỐC “H***(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… Điện thoại…………….. | Số ………. |   **ĐƠN THUỐC “H”**  *(Bản lưu tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)*  Họ tên: ………………………………………………………………….  Tuổi: ………………………………nam/nữ …………………………..  Địa chỉ: …………………………………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)…………………………………………..  Chẩn đoán: ………………………………………………………………  Đợt ……… (từ ngày …../…./20….. đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… *(dấu của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh)* Điện thoại…………….. | Số ………. |   **ĐƠN THUỐC “H”**  *(Bản lưu tại cơ sở cấp, bán thuốc)*  Họ tên: …………………………………………………….  Tuổi:………………………nam/nữ ………………………..  Địa chỉ: ……………………………………………………..  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)……………………………….  Chẩn đoán: …………………………………………………  Đợt………(từ ngày…../…./20…..đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | Người nhận thuốc *(Ký, ghi rõ họ tên và số chứng minh nhân dân)*  Hạn sử dụng của thuốc: |  | |

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  | | --- | --- | | Tên đơn vị …………… Điện thoại…………….. | Số ………. |   **ĐƠN THUỐC “H”**  *(Bản giao cho người bệnh)*  Họ tên: ………………………………………………………………….  Tuổi: ……………………………………nam/nữ ……………………...  Địa chỉ: …………………………………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có)…………………………………………  Chẩn đoán: ……………………………………………………………  Đợt ……… (từ ngày …../…./20….. đến hết ngày …/…/20…)   |  |  | | --- | --- | |  | Ngày tháng năm 20... Bác sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* | | **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC 07: ĐƠN THUỐC “H”**  1. Sử dụng để kê đơn thuốc hướng tâm thần và tiền chất.  2. Kích thước: Đơn thuốc “H” đơn đều có kích thước 1/2 khổ giấy A4 (14,8cm x 20,9 cm);  3. Giấy trắng, chữ Time New Roman màu đen, cỡ 14.  4. Hạn sử dụng của thuốc do cơ sở bán lẻ thuốc ghi. |

**PHỤ LỤC SỐ 07**

**MẪU BIÊN BẢN  
Nhận thuốc gây nghiện do người bệnh hoặc người nhà người bệnh nộp lại***(Ban hành kèm theo Quy định số 659/QyĐ-BVTD ngày 28 tháng 4 năm 2016 về việc   
kê đơn thuốc trong điều trị ngoại trú)*

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

*…….., ngày ….. tháng ….. năm 20…*

**BIÊN BẢN**

**Nhận thuốc gây nghiện do người bệnh hoặc người nhà người bệnh nộp lại**

Hôm nay ngày tháng năm 20

Họ và tên người nhà người bệnh …………………………………………………………

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………….. nộp lại thuốc do người bệnh không dùng hết như sau:

1. Tên thuốc, hàm lượng:

2. Số lượng:

3. Hạn dùng:

4. Tình trạng của thuốc:

- Hình thức đóng gói của thuốc *(vỉ, lọ, ống hay viên)*

- Cảm quan về chất lượng:

*(màu sắc của viên thuốc hoặc dung dịch, độ trong của dung dịch. Bao bì, nhãn).*

Biên bản này được làm thành 02 bản, 01 bản nơi nhận lại thuốc lưu, 01 bản người nộp lại thuốc giữ.

|  |  |
| --- | --- |
| Người nộp lại *(Ký, ghi rõ họ tên)* | ………, ngày …..tháng …..năm 20 ……. Người nhận thuốc *(Ký, ghi rõ họ tên)* |