

فرم ۱ - ویژه درمانگر

نام بیمار: ..... نام خانوادگی بیمار: .....

سن:  جنسیت: مرد  زن  قد:  سابقه بیماری: قند  فشار خون  قلبی  گوارشی  عصبی

کلیوی  عمل جراحی  وزن:  شغل: ..... داروهای مصرفی روزانه: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

تلفن: ..... همراه: ..... آدرس: .....

علت مراجعه: ..... علائم: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

بررسی بالینی بیمار(فشار خون): ..... تشخیص: .....

نام داروی پیشنهادی: ..... مدت پیشنهادی: ..... دوز پیشنهادی: ..... نوع مصرف پیشنهادی: .....

آزمایشات پیشنهادی: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

این بخش بعد از یک دوره درمان و آزمایشات لازم پر می شود.

مدت مصرف: ..... دوز مصرف: ..... نوع مصرف: .....

آزمایشات انجام شده با مشورت مسؤول آزمایشگاه: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

تفسیر نتایج آزمایشات: ۱- ..... ۲- ..... ۳- ..... ۴- .....

بررسی بالینی بیمار(فشار خون): ..... بررسی اثر دارو: .....

تاثیر دارو بر خواب: عمیق شده  زودتر به خواب می رود  آرامتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر اشتها: بیشتر شده  زودتر گرسنه می شود  کمتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر اعصاب: دیرتر تحریک شده  آرام شده و اضطرابش کم شده  بیشتر عصبی شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر قوای عمومی انرژی و نشاط: بیشتر شده  کمتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر گوارش(هضم): کم شده  بیشتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر گوارش(نفخ): کم شده  بیشتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....

تاثیر دارو بر دردها - نوع درد: ..... : کم شده  بیشتر شده  تغییر نکرده  سایر موارد: .....