|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**Mẫu số 01. Sổ theo dõi giao, nhận thuốc methadone hằng ngày**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CƠ SỞ…………[[1]](#footnote-1)…………………** |  |
|  |  |  |

**SỔ THEO DÕI**

**GIAO, NHẬN THUỐC METHADONE HẰNG NGÀY**

(Từ …..../….../…....... đến …..../….../….......)

**Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng: ………………………………**

**Đơn vị tính: ……………………**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Ngày** | **Số lượng xuất****đầu ngày** | **Số lượng cấp phát trong ngày** | **Số lượng nhập****cuối ngày** | **Số lượng****hao hụt****trong ngày** | **Số lượng****dư thừa****trong ngày** | **Lý do****chênh lệch** | **Đầu ngày** | **Cuối ngày** |
| **Người giao ký**  | **Người nhận ký**  | **Người giao ký**  | **Người nhận ký**  |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tổng số (ml)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Mẫu số 02. Sổ theo dõi phát thuốc methadone hằng ngày**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CƠ SỞ…………[[2]](#footnote-2)…………….** |  |
|  |  |  |

**SỔ THEO DÕI**

**PHÁT THUỐC METHADONE HẰNG NGÀY**

(Từ …..../….../…....... đến …..../….../….......)

**Tháng……………Năm………………..........**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh nhân** | **Mã số****bệnh nhân** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **7** | **8** | **9** | **10** | **11** | **12** | **13** | **14** | **15** |
| **Nam** | **Nữ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tổng cộng (ml)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

**Tháng……………Năm…………….............**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Tên bệnh nhân** | **Mã số****bệnh nhân** | **16** | **17** | **18** | **19** | **20** | **21** | **22** | **23** | **24** | **25** | **26** | **27** | **28** | **29** | **30** | **31** |
| **Nam** | **Nữ** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| **Tổng cộng (ml)** |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Ảnh 3x4 | **PHIẾU THEO DÕI ĐIỀU TRỊ BẰNG THUỐC METHADONE** |
| Họ, chữ đệm và tên khai sinh: …………………………………............. |  Ngày, tháng, năm sinh:……./……/………... | Cơ sở điều trị thay thế:………………………….. |
| Số định danh cá nhân:…………………………………………………... |  Giới tính:…………………………………… | Ngày bắt đầu điều trị:…….../……./……………. |
| Nơi thường trú:…………………………………………………............. |  Mã số bệnh nhân:………………….............. |  Điện thoại:…………………………................. |
| Tháng:………Năm………. | Ký nhận | Tháng:………Năm………. | Ký nhận |
| Ngày | mg | ml | Người phát thuốc  | Người bệnh | Ngày | mg | ml | Người phát thuốc  | Người bệnh |
| 1 |   |   |  |  | 16 |   |   |   |  |
| 2 |   |   |   |   | 17 |   |   |   |  |
| 3 |   |   |   |  | 18 |   |   |   |   |
| 4 |   |   |   |   | 19 |   |   |   |   |
| 5 |   |   |   |   | 20 |   |   |   |   |
| 6 |   |   |   |   | 21 |   |   |   |  |
| 7 |   |   |   |  | 22 |   |   |   |  |
| 8 |   |   |   |   | 23 |   |   |   |  |
| 9 |   |   |   |  | 24 |   |   |   |  |
| 10 |   |   |   |  | 25 |   |   |   |   |
| 11 |   |   |   |  | 26 |   |   |   |   |
| 12 |   |   |   |   | 27 |   |   |   |   |
| 13 |   |   |   |  | 28 |   |   |   |   |
| 14 |   |   |  |  | 29 |   |   |   |   |
| 15 |   |   |   |  | 30 |   |   |   |   |
|   |   |   |   |   | 31 |   |   |   |  |
|  |

**Mẫu số 03. Phiếu theo dõi điều trị bằng thuốc methadone**

**Mẫu số 04. Phiếu đề nghị cấp thuốc methadone do đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |  |
|  | *.....[[3]](#footnote-3)......, ngày ..... tháng..... năm 20.....* |

**PHIẾU ĐỀ NGHỊ**

**Cấp thuốc methadone do đang điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: ……….…[[4]](#footnote-4)…..………….………………………………………………………………..

Họ, chữ đệm và tên khai sinh:........................[[5]](#footnote-5)............................ Giới tính:......................................

Số định danh cá nhân: ................................................................. Điện thoại:....................................

Nơi thường trú: ..................................................................................................................................

Tôi đang tham gia điều trị methadone tại……………………………[[6]](#footnote-6)………………………..........

Hiện nay, tôi bị bệnh và đang điều trị nội trú tại ...........[[7]](#footnote-7)............................................................. nên không thể đến uống thuốc methadone hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Phiếu này đề nghị cơ sở điều trị thay thế hỗ trợ cho tôi được cấp thuốc mang về điều trị.

Tôi xin uỷ quyền cho ông/bà: ……………………, số định danh cá nhân:…………………...……

là người đại diện của tôi đến nhận thuốc methadone tại cơ sở điều trị thay thế.

**Tôi xin cam kết:**

1. Không mua bán, trao đổi thuốc methadone được cấp.
2. Không chia sẻ thuốc methadone cho người khác.
3. Sử dụng thuốc methadone đúng theo hướng dẫn của cơ sở y tế.
4. Nộp lại thuốc methadone thừa cho cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc khi không dùng hết.
5. Tuân thủ các quy định khác của cơ sở y tế.
6. Tôi xin cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra bất kỳ sai phạm nào làm ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của cá nhân hay người khác hoặc các vi phạm pháp luật liên quan đến bảo quản và sử dụng thuốc methadone tôi được cấp.

|  |  |
| --- | --- |
| **Người đại diện của người bệnh***(Ký và ghi rõ họ tên)* | **Người bệnh***(Ký và ghi rõ họ tên)* |
| **Xác nhận của cơ sở khám, chữa bệnh**Xác nhận bệnh nhân có tên trên:- Đang điều trị nội trú tại .................................................................................................................... - Không có chống chỉ định sử dụng thuốc methadone.- Dự kiến thời gian ra viện ngày....../....../20.....- Khi nhận thuốc methadone về dự kiến bàn giao cho ông, bà:..............................................................Điện thoại .............................................................................................................................................*(Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

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

**Mẫu số 05. Cam kết vận chuyển, bảo quản và bàn giao thuốc methadone**

**CAM KẾT**

**VẬN CHUYỂN, BẢO QUẢN VÀ BÀN GIAO THUỐC METHADONE**

Kính gửi: ........................................[[8]](#footnote-8)..............................

Họ, chữ đệm và tên khai sinh:...................[[9]](#footnote-9)................................. Giới tính:......................................

Số định danh cá nhân:.................................................................. Điện thoại:....................................

Nơi thường trú:...................................................................................................................................

Là người đại diện của người bệnh:....................[[10]](#footnote-10)...........................đang được điều trị nội trú tại..............................................................[[11]](#footnote-11).........................................................................................

**Tôi xin cam kết:**

1. Không mua bán, trao đổi thuốc methadone được cấp.

2. Bảo quản để không xảy ra thất thoát thuốc methadone trên đường vận chuyển.

3. Luôn mang theo (1) Giấy tờ tùy thân hợp lệ; (2) Đơn thuốc methadone và (3) Bản cam kết vận chuyển, bảo quản và bàn giao thuốc methadone khi mang thuốc methadone ra khỏi cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc.

4. Bàn giao thuốc methadone cho người được cơ sở khám bệnh, chữa bệnh giao nhiệm vụ tiếp nhận thuốc.

5. Trả lại số thuốc methadone chưa sử dụng hết của người bệnh cho cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc.

6. Tôi xin cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra bất kỳ sai phạm nào nêu trên hoặc vi phạm pháp luật khác liên quan đến vận chuyển và bảo quản thuốc methadone trên đường đi.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *..........., ngày …. tháng …. năm .......***Người cam kết***(Ký hoặc điểm chỉ và ghi rõ họ tên)* |

|  |
| --- |
| **THUỐC METHADONE CẤP NGOẠI TRÚ****Tên cơ sở:****……………….…..****ĐT:………………****(Methadone hydroclorid 10mg/ml)****Dung tích:……ml****Họ, chữ đệm và tên khai sinh:** .............................................. **Mã số người bệnh**:………………**Liều dùng:** .......ml/ngày **Sử dụng từ ngày:** ........./...... **đến hết ngày:** ....../....../.......**Ngày ra lẻ:** …………………………. **Điều kiện bảo quản:** …………………………………….. |
| **Cảnh báo:** Thuốc này chỉ được sử dụng bằng đường uống, để xa tầm với của trẻ em. |

**Mẫu số 06. Nhãn phụ thuốc methadone cấp ngoại trú**

**Mẫu số 07. Biên bản bàn giao thuốc methadone**

**CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM**

**Độc lập - Tự do - Hạnh phúc**

**BIÊN BẢN BÀN GIAO THUỐC METHADONE**

Hôm nay hồi: …...giờ….. ngày…../…../20……Tại:………………………………………………..

1. Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người giao: …………..............................................................

Số định danh cá nhân:.................................................Điện thoại:......................................................

2. Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người nhận: ………….............................................................

Số định danh cá nhân:.................................................Điện thoại:.....................................................

Nội dung bàn giao:

 - Thuốc methadone hydroclorid 10mg/ml.

 - Số lượng:……lọ (bằng chữ:…………lọ).

 - Dung tích mỗi lọ:……...ml.

 - Họ, chữ đệm và tên khai sinh người bệnh sử dụng thuốc:…………………………………..

 - Tình trạng của các lọ thuốc: ...................................................................................................

Lý do bàn giao thuốc:.........................................................................................................................

………………………………………………………………………………………………………

Biên bản này được lập thành 02 bản, mỗi bên giữ 01 bản.

 **Người giao Người nhận**

 *(Ký và ghi rõ họ tên) (Ký và ghi rõ họ tên)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |  |
|  | *.....[[12]](#footnote-12)......, ngày ..... tháng..... năm 20.....* |

**Mẫu số 08. Phiếu đề nghị cấp thuốc methadone do đang điều trị ngoại trú**

**PHIẾU ĐỀ NGHỊ**

**Cấp thuốc methadone do đang điều trị ngoại trú**

Kính gửi: ……….…[[13]](#footnote-13)…..………….………………………………………………………………

Họ, chữ đệm và tên khai sinh:.......................[[14]](#footnote-14)............................. Giới tính:......................................

Số định danh cá nhân:.................................................................. Điện thoại:....................................

Nơi thường trú: ................................................................................................................................

Hiện nay, tôi bị bệnh và đang điều trị ngoại trú tại ....................................[[15]](#footnote-15)................................ nên không thể đến uống thuốc methadone hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Phiếu này đề nghị cơ sở điều trị thay thế hỗ trợ cho tôi được cấp thuốc mang về điều trị.

Tôi xin uỷ quyền cho ông/bà: ………………………, số định danh cá nhân: ..……….…………... là người đại diện của tôi đến nhận thuốc methadone tại cơ sở điều trị thay thế.

**Tôi xin cam kết:**

1. Không mua bán, trao đổi thuốc methadone được cấp.
2. Không chia sẻ thuốc methadone cho người khác.
3. Bảo quản để không xảy ra tình huống người khác uống nhầm thuốc methadone.
4. Sử dụng thuốc đúng theo hướng dẫn của cơ sở y tế.
5. Nộp lại thuốc methadone không sử dụng hết cho cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc.
6. Tuân thủ các quy định khác của cơ sở y tế.
7. Tôi xin cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra bất kỳ sai phạm nào làm ảnh hưởng đến sức khỏe, tính mạng của cá nhân hay người khác hoặc vi phạm pháp luật liên quan đến bảo quản và sử dụng thuốc methadone tôi được cấp.

|  |  |
| --- | --- |
| **Người được ủy quyền***(Ký và ghi rõ họ tên)* | **Người bệnh***Ký và ghi rõ họ tên)* |

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

**Mẫu số 09. Cam kết vận chuyển, bảo quản và hỗ trợ người bệnh sử dụng thuốc methadone ngoại trú**

**CAM KẾT**

**VẬN CHUYỂN, BẢO QUẢN VÀ HỖ TRỢ**

**NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG THUỐC METHADONE NGOẠI TRÚ**

Kính gửi: ........................................[[16]](#footnote-16)..............................

Họ, chữ đệm và tên khai sinh:..........................[[17]](#footnote-17).......................... Giới tính:......................................

Số định danh cá nhân:.................................................................. Điện thoại:....................................

Nơi thường trú:................................................................................................................................

Là người đại diện của người bệnh:.......................[[18]](#footnote-18)................................đang được điều trị ngoại trú tại........................................................................[[19]](#footnote-19)...............................................................................

**Tôi xin cam kết:**

1. Không mua bán, trao đổi thuốc methadone được cấp.

2. Bảo quản để không xảy ra tình huống người khác uống nhầm thuốc methadone.

3. Theo dõi người bệnh uống thuốc theo đúng chỉ dẫn của cơ sở điều trị thay thế.

4. Luôn mang theo (1) Giấy tờ tùy thân hợp lệ; (2) Đơn thuốc methadone và (3) Cam kết vận chuyển, bảo quản và hỗ trợ người bệnh sử dụng thuốc methadone ngoại trú khi mang thuốc methadone ra khỏi cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc.

5. Trả lại số thuốc methadone chưa sử dụng hết của người bệnh cho cơ sở điều trị thay thế hoặc cơ sở cấp phát thuốc.

6. Tôi xin cam kết chịu hoàn toàn trách nhiệm trước pháp luật nếu để xảy ra bất kỳ sai phạm nào nêu trên.

|  |  |
| --- | --- |
|  | *..........., ngày …. tháng …. năm .......***Người cam kết***(Ký hoặc điểm chỉ và ghi rõ họ tên)* |

**Mẫu số 10. Biên bản xác nhận tình trạng bất thường liên quan đến thuốc methadone**

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

**BIÊN BẢN**

**Xác nhận tình trạng bất thường liên quan đến thuốc methadone**

Hồi: ....... giờ ....... ngày .......... tháng .......... năm ...........

Địa điểm: ....................................................................................................................................

Chúng tôi gồm:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

Lập biên bản này do phát hiện một số bất thường/ tình huống có liên quan đến việc vận chuyển, bảo quản, sử dụng thuốc methadone, cụ thể như sau:

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

.....................................................................................................................................................

**XÁC NHẬN CỦA CÁC BÊN THAM GIA LẬP BIÊN BẢN**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Lãnh đạo cơ sở điều trị thay thế/ cơ sở cấp phát thuốc***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **Đại diện ...................***(Ký, ghi rõ họ tên)* | **Đại diện.................***(Ký, ghi rõ họ tên)* |

**Mẫu số 11. Báo cáo tình hình sử dụng, tồn kho và dự trù nhu cầu sử dụng thuốc methadone**

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THAY THẾ ……………………. | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC METHADONE**

 *(từ ngày … tháng …… đến ngày …. tháng…...)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên cơ sở | Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng | Đơn vị tính | Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang | Số lượngnhập trong kỳ | Tổng số | Số lượng xuấttrong kỳ | Số lượnghao hụt | Số lượng dư thừa | Tồn khocuối kỳ | Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị | Số lượng người bệnh dự kiến tăng thêm trong kỳ tới | Số lượngdự trù cho kỳ tới |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Nơi nhận:*** |
| - ………. |
| - ………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập báo cáo***(ký và ghi rõ họ tên)* |  | **Thủ trưởng đơn vị** *(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

**Mẫu số 12. Báo cáo tình hình sử dụng, tồn kho và dự trù nhu cầu sử dụng thuốc methadone dành cho cơ sở cấp phát thuốc**

|  |  |
| --- | --- |
| CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THAY THẾ …………………….**CƠ SỞ CẤP PHÁT THUỐC………………** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC METHADONE**

 *(Từ ngày … tháng …… đến ngày …. tháng…...năm…….)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng | Đơn vị tính | Số lượng tồn kho kỳ báo cáo trước chuyển sang | Số lượngnhập trong kỳ | Số lượng xuấttrong kỳ | Số lượnghao hụt | Số lượng dư thừa | Tồn khocuối kỳ | Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị | Tổng số người bệnh dự kiến trong kỳ tới | Số lượngdự trù  | Ghi chú |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) |
| ………. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Nơi nhận:*** |
| - ………. |
|  | *..........., ngày ..... tháng..... năm 20.....* |
| **Người lập báo cáo** | **Lãnh đạo Cơ sở cấp phát thuốc** |
| *(ký và ghi rõ họ tên)* | *(ký và ghi rõ họ tên)* |

|  |
| --- |
| **DUYỆT DỰ TRÙ CỦA CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ THAY THẾ** |
| **Số lượng duyệt:…………………………** |
| *..........., ngày ..... tháng..... năm 20.....* |
| **Lãnh đạo Cơ sở điều trị thay thế***(ký và ghi rõ họ tên)* |

**Mẫu số 13. Báo cáo tình hình sử dụng, tồn kho và dự trù nhu cầu sử dụng thuốc methadone**

|  |  |
| --- | --- |
| **TÊN ĐƠN VỊ [[20]](#footnote-20)** | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ NHU CẦU SỬ DỤNG THUỐC METHADONE**

*(từ ngày … tháng …… đến ngày …. tháng…...)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tênđơn vị | Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng | Đơn vị tính | Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang | Số lượngnhập trong kỳ | Tổng số | Số lượng xuấttrong kỳ | Số lượnghao hụt | Số lượng dư thừa | Tồn khocuối kỳ | Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị | Số lượng người bệnh dự kiến tăng thêm trong kỳ tới | Số lượngdự trù cho kỳ tới | Số lượng duyệt dự trù |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) |
| …..…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tổng số |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** |  |
| - ………. |  |
| - ………. |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập báo cáo***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Lãnh đạo Cơ quan đầu mối về PC HIV/AIDS tuyến tỉnh***(ký, ghi rõ họ tên và đòng dấu)* | **Lãnh đạo Sở Y tế***(ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu)* |

1. Ghi rõ tên Cơ sở điều trị thay thế hoặc tên Cơ sở cấp phát thuốc [↑](#footnote-ref-1)
2. Ghi rõ tên Cơ sở điều trị thay thế hoặc tên Cơ sở cấp phát thuốc [↑](#footnote-ref-2)
3. *Địa danh* [↑](#footnote-ref-3)
4. *Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị* [↑](#footnote-ref-4)
5. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh* [↑](#footnote-ref-5)
6. *Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị* [↑](#footnote-ref-6)
7. *Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở khám, chữa bệnh nơi đang điều trị bệnh* [↑](#footnote-ref-7)
8. *Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị.* [↑](#footnote-ref-8)
9. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người đại diện của người bệnh.* [↑](#footnote-ref-9)
10. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh.* [↑](#footnote-ref-10)
11. *Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở khám, chữa bệnh nơi đang điều trị bệnh.* [↑](#footnote-ref-11)
12. *Địa danh.* [↑](#footnote-ref-12)
13. *Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị.* [↑](#footnote-ref-13)
14. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh.* [↑](#footnote-ref-14)
15. *Ghi rõ nơi người bệnh đang điều trị ngoại trú.* [↑](#footnote-ref-15)
16. *Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị.* [↑](#footnote-ref-16)
17. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người đại diện của người bệnh.* [↑](#footnote-ref-17)
18. *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh.* [↑](#footnote-ref-18)
19. *Ghi rõ địa chỉ nơi người bệnh đang điều trị ngoại trú.* [↑](#footnote-ref-19)
20. Cơ quan đầu mối phòng, chống HIV/AIDS tuyến tỉnh [↑](#footnote-ref-20)