

دستورالعمل توزیع و عرضه داروی اکسی کدون			عنوان
۱۳۹۴/۶/۲۱	تاریخ شروع	01	شماره ویرایش
۱۳۹۶/۱/۱	تاریخ اعتبار	CS-WI-01	شماره سند

فرم پیوست ۱

از شرکت توزیع کننده

از تاریخ..... لغایت تاریخ.....

به دانشگاه.....

تعداد قرص توزیع شده (عدد)	نام دانشگاه	تعداد قرص توزیع شده (عدد)	نام داروخانه بیمارستانی	دوز دارو اکسی کدون

امضاء مدیر عامل

امضاء مسئول فنی

دستورالعمل توزیع و عرضه داروی اکسی کدون			عنوان
۱۳۹۴/۶/۲۱	تاریخ شروع	01	شماره ویرایش
۱۳۹۶/۱/۱	تاریخ اعتبار	CS-WI-01	شماره سند

فرم پیوست ۲

از بیمارستان:

از تاریخ..... لغایت تاریخ.....

دانشگاه :

نام پزشک معالج	تاریخ تحویل دارو	تعداد داروی تحویلی	نام و نام خانوادگی بیمار	دوز دارو اکسی کدون

امضاء مدیر داروخانه

امضاء مسئول فنی داروخانه