

معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی

فرم ارجاع بیمار مرکز درمان سوء مصرف مواد

	نام و نام خانوادگی بیمار:
	شماره شناسنامه:
	تاریخ ارجاع:
	مرکز مبدا:
	مرکز پذیرنده:
	وضعیت فعلی درمان بیمار (توضیحات پزشک) (نوع درمان / تاریخ و آخرین دوز داروی مصرفی / وضعیت دوز منزل.....):
	وضعیت فعلی درمان بیمار(توضیحات روانشناس):
	وضعیت فعلی درمان بیمار(توضیحات پرستار):
	وضعیت فعلی درمان بیمار(توضیحات مددکار):
	تاریخ پذیرش در مرکز مقصد:
	نتیجه :

نام و نام خانوادگی و امضای کارشناس ناظر درمان سوء مصرف مواد
مهر معاونت درمان

نام و نام خانوادگی مسئول فنی مرکز
مهر و امضا