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

|  |  |
| --- | --- |
| 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 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
-------------**

*.....1....., 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:..................2...................................................................................................................

Họ, chữ đệm và tên khai sinh: ...................3.......................... Giới tính:.....................................

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

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

Tôi đang tham gia điều trị methadone tại .........................4........................................................

Hiện nay, tôi bị bệnh và đang điều trị nội trú tại ....................5....................................................... 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 ủy 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)*

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**[1]** Địa danh

2 Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị

3 Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh

4 Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị

5 Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở khám, chữa bệnh nơi đang điều trị bệnh

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

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

**CAM KẾT**

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

Kính gửi: ...................................1........................................

Họ, chữ đệm và tên khai sinh: ...............2........................Giới tính: ......................................

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

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

Là người đại diện của người bệnh: ....................3................................... đang được điều trị nội trú tại .......................................4 ...........................................................................................................

**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) |

 \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1 *Tên cơ sở điều trị thay thế nơi người bệnh đang tham gia điều trị.*

2 *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người đại diện của người bệnh.*

3 *Họ, chữ đệm và tên khai sinh của người bệnh.*

4 *Ghi rõ tên và địa chỉ của cơ sở khám, chữa bệnh nơi đang điều trị bệnh.*

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

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

|  |  |
| --- | --- |
| **Tên cơ sở:................................ĐT: .......................** | **THUỐC METHADONE CẤP NGOẠI TRÚ****(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 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 bàn, mỗi bên giữ 01 bản

|  |  |
| --- | --- |
| **Người nhận***(Ký và ghi rõ họ tên)* | **Người giao***(Ký và ghi rõ họ tên)* |