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

**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 ngoại trú**

Kính gửi: ...........2.....................................................................................................................

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

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

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

Hiện nay, tôi bị bệnh và đang điều trị ngoại trú tại ......................4. ............................................... 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. 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)* |

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

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 nơi người bệnh đang điều trị ngoại trú.*

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

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

**CAM KẾT**

**VẬN CHUYỂN, BẢO QUẢN VÀ HỖ TRỢ NGƯỜI BỆNH SỬ DỤNG THUỐC METHADONE NGOẠI TRÚ**

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 ngoại trú tại ..........................................................................4 ......................................................................

**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)* |

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

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 địa chỉ nơi người bệnh đang điều trị ngoại trú.*