



فرم دستور قطع مصرف OT با روش DST و اعلام رهایی

محل چسباندن
عکس

شماره:

تاریخ:

نماینده:

نام راهنما و شماره لژیون:

نام راهنمای همسفر:

روز دریافت دارو از کلینیک:

تاریخ انجام اولین نوبت آزمایش:

در کلینیک:

نام: تاریخ تولد: محل تولد: شماره کارت شناسایی کنگره:

میزان تحصیلات: رشته تحصیلی: شماره پرونده در کنگره: شماره تلفن:

وضعیت شغلی: شاغل ☐ بیکار ☐ وضعیت تاهل: مجرد ☐ متاهل ☐

آنتی ایکس مصرفی: مقدار آنتی ایکس روزانه: مقدار مصرف OT روزانه در شروع درمان: بیشترین مقدار مصرف OT در طول سفر: مقدار مصرف OT در پایان درمان سی سی در مدت روز تاریخ شروع مصرف OT: مدت سفر OT:	نظریه بالینی پزشک کلینیک: یافته های پاراکلینیک: مرفین: آمفتامین: T.H.C: بنزودیازپین: متادون: ترامادول:
--	--

اگر قبل از ورود به کنگره بیماری داشته اید که همزمان درمان با متد DST علائم آن از بین رفته یا کاهش یافته است را بنویسید

..... ادامه در پشت صفحه

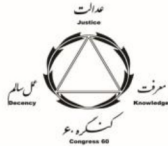
نام و امضای مسافر:	نام و امضای راهنمای مسافر:	نام و امضای مسئول OT و مهر نمایندگی:
نام و امضای همسفر:	نام و امضای راهنمای همسفر:	

امضای راهنما بمنزله تسویه حساب میباشد.

مهر و امضای پزشک کلینیک و تاریخ:

با ورود به سفر دوم در تاریخ موافقت می شود

نگهبان کنگره ۶۰ ، دژاکام



- ۱- آزمایشات دوم و سوم، شش ماه و یکسال پس از رهایی انجام می پذیرد.
- ۲- هر نوبت آزمایش تستهای، مورفین، شیشه (آمفتامین)، حشیش (THC)، قرص (بنزودیازپین) متادون و ترامادول انجام می شود.
- ۳- بابت هر نوبت آزمایش هزینه به کلینیک پرداخت می گردد.
- ۴- بعد از قطع مصرف تا آزمایش اول هیچگونه قرصی مصرف نشود.
- ۵- سفر دوم منوط به انجام آزمایشات می باشد.