



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه اول: از (تاریخ نسخه) لغایت

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه دوم: از لغایت

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه سوم: از لغایت

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه چهارم: از لغایت

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه پنجم: از لغایت

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک



نام و نام خانوادگی نوزاد:

نام پدر:

کد ملی:

تاریخ تولد:

نام شیر خشک یا غذای ویژه:

میانگین سهمیه ماهانه:

*** خاطرنشان می شود که نسخه پزشک مرتبط تا 6 ماه دارای اعتبار می باشد.

*** به دلیل سیر سریع تغییرات در نوزادان، در صورت مشورت با پزشک معالج و صلاحدید دکتر داروساز می توان در هر ماه حداکثر 2 عدد مازاد بر تعداد شیرخشک یا غذای رژیمی نسخه شده، به مراجعه کننده تحویل داد.

*** پس از پایان دوره مصرف (6 ماه)، فرم تکمیل شده به همراه نسخه مربوطه به داروساز مسئول فنی داروخانه تحویل و در داروخانه بایگانی شود.

ماه ششم: از لغایت (تاریخ اعتبار نسخه)

ردیف	تاریخ	تعداد شیر خشک یا غذای ویژه عرضه شده	مهر و امضا مسئول فنی داروخانه
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			

معاونت غذا و دارو

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی گناباد

واحد امور فرآورده های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک