فرم شماره ۵فرم پیگیری بیمار توسط پزشک ۱

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ شروع درمان: شمارهٔ پرونده:

هفته	۰	۱	۲	۳	۴	۵	۶	۷	۸	۹	۱۰	۱۱	۱۲	۱۴	۱۶	۱۸	۲۰	۲۲	۲۴	۲۸	۳۲	۳۶	۴۰	۴۴	۴۸	۵۲
تاریخ																										
ویزیت بیمار	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○		○		○
دفعات غیبت در هفته برای دریافت متادون																										
آزمایش ادرار (انجام)			○		○		○		○		○		○		○		○		○	○	○	○		○		○
آزمایش ادرار (پاسخ)																										
MAP	○				○				○				○						○			○			○	
جلسات مشاوره و آموزش	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○															
LFT/CBC	○												○						○						○	

فرم شماره ۵ **فرم پیگیری بیمار توسط پزشک ۱**

نام و نام خانوادگی بیمار: تاریخ شروع درمان: شمارهٔ پرونده:

هفته	۶۰	۶۸	۷۶	۸۴	۹۰	۹۸	۱۰۶	۱۱۴	۱۲۲	۱۳۰	۱۳۸	۱۴۶	۱۵۴	۱۶۲	۱۷۰	۱۷۸	۱۸۶	۱۹۴	۲۰۲	۲۱۰	۲۱۸	۲۲۶	۲۳۴	۲۴۲	۲۵۰	۲۵۸
تاریخ																										
ویزیت بیمار	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
دفعات غیبت در هفته برای دریافت متادون																										
آزمایش ادرار (انجام)	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○	○
آزمایش ادرار (پاسخ)																										
MAP	○			○			○			○			○			○			○			○			○	
جلسات مشاوره و آموزش																										
LFT/CBC	○			○			○			○			○			○			○			○			○	