جامعـــة البلقـــاء التطبيقيـــة

نموذج وصفـــة طبيـــة للأمراض المزمنـة

اسم المشترك ..... الرقم الوظيفي ..... مكان العمل .....

اســم المريض..... درجـة القرابـــة ..... رقم بطاقة التامين .....*.....*.....

رقم هاتف المشترك / عمل ..... مـــــــــنزل ..... خلـــــــوي .....

التشخيص .....

.....

اسم الدواء	الجرعة	الاستعمال	فترة الاستهلاك	عدد العبوات / الشهرية
Drug Name	Dose	Usage	Period From - To	No-of Dispensed Boxes / Month

اسم الطبيب المعالج : .....

توقيع وختم الطبيب المعالج : .....

التاريخ : ...../...../.....

ملاحظة : يعبأ هذا النموذج من قبل الطبيب المختص ، عند المراجعة أو تغيير العلاج :