

Mã đơn thuốc¹	
Tên đơn vị:	
Địa chỉ:	
Điện thoại ² :	
ĐƠN THUỐC "N"	
Họ tên:	
Ngày sinh ³ :/...../..... Cân nặng ⁴ : Giới tính: ☐ Nam ☐ Nữ	
Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) ⁵ :	
Địa chỉ liên hệ ⁶ :	
Chẩn đoán:	
Đợt.....(từ ngày...../...../20.... đến hết ngày/...../ 20....)	
Thuốc điều trị:	
Lời dặn ⁷ :	
Ngày..... tháng..... năm 20.... Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh (Ký, ghi rõ họ tên)	
- Khám lại xin mang theo đơn này. - Số điện thoại liên hệ ⁸ : - Tên bố hoặc mẹ của trẻ hoặc người đưa trẻ đến khám bệnh, chữa bệnh ⁹ :	
Cần cước công dân/chứng minh nhân dân của người nhận thuốc ¹⁰ :	

- Người nhận thuốc phải viết **cam kết về sử dụng thuốc gây nghiện**
 - 1 bản lưu tại CSKCB
 - 1 bản bàn giao cho người nhận thuốc
- CSKCB phải có **danh sách chữ ký mẫu** của người kê đơn thuốc N

Đơn N cho bệnh cấp tính

- Số lượng thuốc =< 7 ngày sử dụng
- Khi đến nhận thuốc phải mang **Bệnh án điều trị ngoại trú** của BN

Đơn N để giảm đau cho người bệnh UT hoặc người bệnh AIDS

- Số lượng thuốc =< 30 ngày sử dụng
- Ghi đồng thời 3 đơn cho 3 đợt liên tiếp
 Mỗi đơn =< 10 ngày (ghi rõ ngày từng đợt)
 (kê 1 loạt từ đợt 1. Đợt 2 BN chỉ cần cầm đơn đi mua, không cần đến gặp BS kê nữa)
- Mua đợt 2, 3 **trước 1-3 ngày** của mỗi đợt

Đơn N để giảm đau cho người bệnh UT hoặc người bệnh AIDS giai đoạn cuối

- Khi đến nhận thuốc phải mang **Giấy xác nhận của trạm trưởng TYT**
 (với BN giai đoạn cuối không thể đi khám để có Bệnh án)
- Người kê: BS tại **CSKCB có giường bệnh nội trú**
- Số lượng thuốc =< 10 ngày sử dụng