

Mã đơn thuốc¹	
Tên đơn vị:	
Địa chỉ:	
Điện thoại ² :	
ĐƠN THUỐC "H"	
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 :	

- **Bệnh cấp tính:** số lượng =< 10 ngày sử dụng
- **Bệnh mạn tính:** số lượng =< 30 ngày sử dụng
- **Bệnh tâm thần, động kinh**
 - Người đại diện nhận thuốc phải ký tên vào sổ cấp thuốc của TYT
 - Người kê đơn quyết định xem BN tâm thần có được tự nhận thuốc không