تقرير طبي لعلاج الأمراض المزمنة

معلومات تتعلق بالمضمون

الاسم الثلاثي			تاريخ الولادة	
رقم الهاتف			رقم الخليوي	
العنوان			رقم المضمون	

الأمراض	تاريخ بدء التشخيص

الأدوية

اسم الدواء مع العيار Drug Name & Dose (i.e. Concor 5 mg, etc.)	التعليب Package Form (tab, syrup, etc.)	امكانية استبدال الدواء الأصلي بدواء جنيسي (الرجاء ذكر NS في حال عدم امكانية استبدال) Allowed generic substitute (please mention NS if not allowed)	الجرعة اليومية Daily Dosage	مدة العلاج Period of treatment (months)

الطبيب المعالج

الاسم الثلاثي		الاختصاص	
رقم الهاتف		رقم الخليوي	
رقم التسجيل في الصندوق		رقم التسجيل في النقابة	
تاريخ الوصفة		ختم وامضاء الطبيب	

هذا التقرير صالح لمدة أشهر