

(فرم شماره ۲)

مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

نتیجه آزمایش مورفین در ادرار

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمار:..... شماره پرونده:.....

نحوه سم زدائی: کلونیدین متادون بوپرنورفین

نتیجه آزمایش Positive Negative

توضیحات:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز:

نام و امضاء آزمایش کننده:

(فرم شماره ۲)

مرکز درمان سوء مصرف مواد.....

نتیجه آزمایش مورفین در ادرار

تاریخ:

نام و نام خانوادگی بیمار:..... شماره پرونده:.....

نحوه سم زدائی: کلونیدین متادون بوپرنورفین

نتیجه آزمایش Positive Negative

توضیحات:

مهر و امضاء مسئول فنی مرکز:

نام و امضاء آزمایش کننده: