

مرکز خدمات جامع سلامت

درخواست داروهای سل در ماه سال

ردیف	نام دارو	موجودی	مصرفی	نیاز	تاریخ انقضا
۱	دودارویی				
۲	۳ دارویی				
۳	۴ دارویی				
۴	قرص ویتامین ب ۶				
۵	قرص ایزونیازید ۱۰۰				
۶	قرص ایزونیازید ۳۰۰				
۷	قرص اتامبوتول ۴۰۰				
۸	کپسول ریفامپین ۱۵۰				
۹	کپسول ریفامپین ۳۰۰				
۱۰	قرص پیرازینامید ۵۰۰				

امضا مسئول مرکز

امضا واحد دارویی

امضا واحد بیمارها