**Phụ lục 7**

**Mẫu số 1**

**MẪU ĐƠN ĐỀ NGHỊ UỐNG THUỐC METHADONE TẠI CƠ SỞ KHÁM BỆNH, CHỮA BỆNH**

 *(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015*

*của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | **CỘNG HÒA XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** |  |
|  | *.....[[1]](#footnote-2)......, ngày ..... tháng..... năm 20.....* |

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Uống thuốc Methadone tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh**

Kính gửi: ……….…[[2]](#footnote-3)…..………….…

Tên tôi là: ....................................................................Giới tính:.............................................................

Sinh ngày: , tại...............................................................................................

Nơi đăng ký thường trú: ....................................................[[3]](#footnote-4)..................................................................

Nơi ở hiện tại:..................................................[[4]](#footnote-5).......................................................................................

Số CMND: ................................, cấp ngày: .........../.........../..........tại:.....................................................

Tôi đang tham gia điều trị Methadone tại……………………………[[5]](#footnote-6)………………………...............

Hiện nay tôi đang phải điều trị tại ...........[[6]](#footnote-7)........ nên không thể đến uống thuốc hàng ngày theo quy định. Do vậy, tôi làm Đơn này đề nghị cho phép được phép nhận thuốc và uống thuốc tại …………[[7]](#footnote-8)……….………...........

**Tôi xin cam kết:**

1. Sử dụng thuốc theo đúng chỉ định của bác sỹ.
2. Hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật về các thông tin được nêu trong đơn này.

|  |  |
| --- | --- |
| **Người bệnh***(Ký và ghi rõ họ tên)* | **Xác nhận của cơ sở khám, chữa bệnh**(*Ký, ghi rõ họ tên và đóng dấu*)Xác nhận bệnh nhân có tên trên hiện đang nằm điều trị nội trú tại cơ sở khám bệnh, chữa bệnh. Xác nhận bệnh nhân không có chống chỉ định sử dụng thuốc Methadone để điều trị nghiện các chất dạng thuốc phiện. |

1. Địa danh [↑](#footnote-ref-2)
2. Tên cơ sở điều trị Methadone [↑](#footnote-ref-3)
3. Nơi đăng ký thường trú của người bênh theo hộ khẩu [↑](#footnote-ref-4)
4. Nơi cư trú hiện tại của người bệnh [↑](#footnote-ref-5)
5. Ghi rõ tên và địa chỉ cơ sở điều trị Methadone [↑](#footnote-ref-6)
6. Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh [↑](#footnote-ref-7)
7. Ghi rõ tên và địa chỉ của bệnh viện nơi đang điều trị bệnh [↑](#footnote-ref-8)