MẪU ĐƠN THUỐC
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |
| --- | --- |
| Tên đơn vị ………..Điện thoại …………**ĐƠN THUỐC**Họ tên ……………… Tuổi ……. nam/nữ …..Họ tên bố/mẹ/ người giám hộ(nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi): ……………….. CMND/Căn cước công dân số..Địa chỉ …………………………………………….Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) …………………Chẩn đoán……………………………………….Thuốc điều trị:*Lời dặn:*Tên đơn vị ………..Điện thoại …………**ĐƠN THUỐC**Họ tên ……………… Tuổi ……. nam/nữ …..Họ tên bố/mẹ/ người giám hộ(nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi): ……………….. CMND/Căn cước công dân số..Địa chỉ …………………………………………Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) …………………Chẩn đoán……………………………………..Thuốc điều trị: |  **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC I**1. Giấy trắng, chữ Time New Roman cỡ 14, màu đen.2. Tuổi: ghi tuổi của người bệnh, với trẻ < 72 tháng tuổi ghi số tháng tuổi;3. Đơn được sử dụng kê đơn thuốc (trừ thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần).4. Điện thoại liên hệ: ghi điện thoại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc của khoa hoặc của bác sỹ/y sỹ kê đơn thuốc.5. Lời dặn:- Chế độ dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt làm việc- Hẹn tái khám (nếu cần). |
|   | Ngày ….. tháng …. năm 20…..Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh*(Ký, ghi rõ họ tên)* |
| *Khám lại xin mang theo đơn này.* |