****

**فرم شماره دو
صفحه: 1 از 1 تاریخ :**....................

**مرکز بهداشتی درمانی** ........................... شهرستان ...............

**درخواست اقلام مورد نیاز خانه‌های بهداشت تحت پوشش**

**معاونت امور بهداشتی
واحد امور دارویی**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **سال** .................  | **خانه‌های بهداشت** ............................................................ | **درخواست فصل** ...........................  |

|  |  |
| --- | --- |
| **داروهای لازم جهت درمان بیماریهای وابسته به فصل** | **اقلام مکمل دارویی ، شیر مصنوعی ، پیشگیری از بارداری پرخطر و تجهیزات پزشکی مصرفی** |
| **رديف** | **كد محلی** | **شرح** | **جمعدرخواستها** | **تأییدامور دارویی** | **رديف** | **كد محلی** | **شرح** | **جمعدرخواستها** | **تأییدامور دارویی**  |
| **1** | **2001** | **قرص استامینوفن 325 میلی گرم** |  |  | **33** | **2233** | **قرص فولیک اسید** |  |  |
| **2** | **2002** | **قرص آلومنیوم ام جی یا ام جی اس** |  |  | **34** | **2006** | **قرص یدوفولیک** |  |  |
| **3** | **2003** | **قرص آ.اس.آ 325 میلی گرم** |  |  | **35** | **2008** | **قرص فروس سولفات** |  |  |
| **4** | **2007** | **قرص مبندازول** |  |  | **36** | **2019** | **کپسول مولتی ویتامین مینرال** |  |  |
| **5** | **2009** | **قرص پنی سیلین وی**  |  |  | **37** | **2070** | **قطره مولتی ویتامین** |  |  |
| **6** | **2222** | **قرص کلر فنیرامین** |  |  | **38** | **2071** | **قطره ویتامین A+D** |  |  |
| **7** | **2023** | **شربت استامینوفن** |  |  | **39** | **2072** | **قطره فروس سولفات** |  |  |
| **8** | **2024** | **سوسپانسیون آموکسی سیلین 125** |  |  | **40** | **2226** | **قرص کلسیم کربنات یا کلسیم - د** |  |  |
| **9** | **2025** | **سوسپانسیون آموکسی سیلین 250** |  |  | **41** | **2224** | **پرل ویتامین D350هزار واحد** |  |  |
| **10** | **2227** | **سوسپانسیون کوآموکسی کلاو** |  |  | **42** | **2225** | **پرل ویتامین D31000واحد** |  |  |
| **11** | **2027** | **سوسپانسیون پنی سیلین وی** |  |  | **43** | **2223** | **قرص مولتی ویتامین**  |  |  |
| **12** | **2028** | **شربت دیفن هیدرامین** |  |  | **44** | **2182** | **شیر خشک** |  |  |
| **13** | **2029** | **شربت پی پرازین** |  |  | **45** | **2084** | **سرم شستشو نیم یا لیتر** |  |  |
| **14** | **2228** | **شربت زینک سولفات** |  |  | **46** | **2091** | **سرنگ 2 سی سی** |  |  |
| **15** | **2075** | **پماد جلدی سوختگی** |  |  | **47** | **2092** | **سرنگ 5 سی سی** |  |  |
| **16** | **2076** | **پماد جلدی کالاندولا** |  |  | **48** | **2150** | **الکل 70درجه لیتر** |  |  |
| **17** | **2077** | **پماد جلدی متیل یا منتول سالیسیلات**  |  |  | **49** | **2152** | **محلول ستریماید سی 250 میلی لیتر** |  |  |
| **18** | **2078** | **پماد جلدی تتراسیکلین 3%** |  |  | **50** | **2153** | **محلول پویدون ایودان 250 میلی لیتر** |  |  |
| **19** | **2079** | **پماد چشمی تتراسیکلین 1%** |  |  | **51** | **2155** | **پنبه 100 گرمی** |  |  |
| **20** | **2080** | **کرم یا لوسیون کالامین دی** |  |  | **52** | **2156** | **گاز غیر استریل (نیم کیلویی)** |  |  |
| **21** | **2082** | **کرم نیتروفورازون** |  |  | **53** | **2190** | **گاز استریل (یک عددی)** |  |  |
| **22** | **2069** | **قطره چشمی سولفاستامید 10%** |  |  | **54** | **2157** | **باند ( 5، 10، 15 یا 20)** |  |  |
| **23** | **2068** | **قطره استامینوفن** |  |  | **55** | **2162** | **چسب لکوپلاست (5/2 یا 5)** |  |  |
| **24** | **2073** | **قطره نیستاتین** |  |  | **56** | **2163** | **چسب ضد حساسیت (5/2 یا 5)** |  |  |
| **25** | **2074** | **قطره بینی سدیم کلراید**  |  |  | **57** | **2174** | **دستکش لاتکس (7، 5/7 یا 8)** |  |  |
| **26** | **2030** | **شیاف استامینوفن اطفال** |  |  | **58** | **2179** | **ژل سونیکت** |  |  |
| **27** | **2154** | **پودر ORS** |  |  | **59** |  |  |  |  |
| **28** | **2036** | **آمپول دیازپام** |  |  | **60** |  |  |  |  |
| **29** | **2215** | **اسپری سالبوتامول** |  |  | **61** |  |  |  |  |
| **30** | **2230** | **لوسیون دایمتیکون** |  |  | **62** |  |  |  |  |
| **31** | **2231** | **شامپو پرمترین 1%**  |  |  | **63** |  |  |  |  |
| **32** | **2322** | **کرم پرمترین 5%** |  |  | **64** |  |  |  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **تأیید مرکز** | **نام و نام خانوادگی مامای مرکز:** .....................**مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مسئول مرکز:** ....................**مهر و امضاء** |
| **تأیید معاونت** | **نام و نام خانوادگی کارشناس امور دارویی معاونت:** ...................**مهر و امضاء** | **نام و نام خانوادگی مسئول امور دارویی معاونت:** ........................**مهر و امضاء** |