|  |  |
| --- | --- |
| **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** | ***Phụ lục 05******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*** |

**CAM KẾT**

**Về việc sử dụng thuốc gây nghiện cho người bệnh**

Tên tôi là: …………………………….Giấy chứng minh nhân dân số:

Địa chỉ:

Điện thoại:

Hiện đang được điều trị ngoại trú tại bệnh viện:

**Tôi xin cam kết về sử dụng thuốc giảm đau gây nghiện:**

1. Chỉ sử dụng thuốc theo hướng dẫn.

2. Chỉ nhận đơn thuốc vào các buổi hẹn khám, hoặc khám lại vì lý do đau nặng hơn tại bệnh viện. Không nhận thêm đơn có kê thuốc giảm đau gây nghiện và không tìm thuốc từ bất kỳ nguồn nào khác.

3. Nộp lại thuốc thừa cho cơ sở đã cấp/bán thuốc khi không dùng hết.

4. Không bán thuốc đã được kê đơn.

5. Tôi xin hoàn toàn chịu trách nhiệm trước pháp luật nếu vi phạm quy định về sử dụng thuốc gây nghiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | …….., ngày tháng năm 20…..Người cam kết*(Ký, ghi rõ họ tên)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** | ***Phụ lục 06******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*** |

*…….., ngày ….. tháng ….. năm 20…*

**ĐƠN ĐỀ NGHỊ**

**Xác nhận người bệnh cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện**

Tôi tên là (ghi rõ họ và tên):

Là người bệnh/người nhà của người bệnh:

Số CMND:

Địa chỉ thường trú:

Bệnh viện đang điều trị giảm đau cho người bệnh bằng thuốc gây nghiện (ghi tên bệnh viện và địa chỉ):

Tôi làm đơn này đề nghị Trạm trưởng Trạm y tế xã xác nhận tôi/người nhà của tôi cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện.

|  |  |
| --- | --- |
|  | **Người làm đơn***(ký và ghi rõ họ và tên)* |

**XÁC NHẬN**

**Người bệnh cần tiếp tục điều trị giảm đau bằng thuốc gây nghiện**

- Căn cứ vào đơn đề nghị của người bệnh/người nhà người bệnh:

- Số CMND:

- Địa chỉ thường trú:

- Tôi: …………………………………………………………………………………………………

- Chức vụ: Trạm trưởng Trạm y tế xã ………………………, huyện………………………... ……………………………………………, tỉnh……………………………………………………..

- Xác nhận người bệnh …………………………………….Tuổi…………………………… cần tiếp tục được điều trị giảm đau bằng thuốc ………………………………………………………

|  |  |
| --- | --- |
|  | **TRẠM TRƯỞNG***(ký, đóng dấu và ghi rõ họ tên)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **CỘNG HOÀ XÃ HỘI CHỦ NGHĨA VIỆT NAM****Độc lập - Tự do - Hạnh phúc** | ***Phụ lục 08******Ban hành theo Thông tư số 05/2016/TT-BYT ngày 29 tháng 02 năm 2016 của Bộ trưởng Bộ Y tế*** |

*…….., ngày ….. tháng ….. năm 20…*

**BIÊN BẢN**

**Nhận thuốc gây nghiện do người bệnh hoặc người nhà người bệnh nộp lại**

Hôm nay ngày tháng năm 20…

Họ và tên người nhà người bệnh ……………………………………………………………………

Địa chỉ: ……………………………………………………………………………………………… nộp lại thuốc do người bệnh không dùng hết như sau:

1. Tên thuốc, hàm lượng:

2. Số lượng:

3. Hạn dùng:

4. Tình trạng của thuốc:

- Hình thức đóng gói của thuốc *(vỉ, lọ, ống hay viên):*

- Cảm quan về chất lượng *(màu sắc của viên thuốc hoặc dung dịch, độ trong của dung dịch. Bao bì, nhãn):*

Biên bản này được làm thành 02 bản, 01 bản nơi nhận lại thuốc lưu, 01 bản người nộp lại thuốc giữ.

|  |  |
| --- | --- |
| Người nộp lại*(Ký, ghi rõ họ tên)* | ………, ngày …..tháng …..năm 20 …….Người nhận thuốc*(Ký, ghi rõ họ tên)* |