|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Դեղատոմսային ձև N 3**  Հաստատված է ՀՀ կառավարության 2019 թվականի – N- Ն որոշմամբ | | | | |
| **ԴԵՂԱՏՈՄՍ**  **Փոխհատուցվող դեղի**  **000001** | | | | |
| **Բժշկական օգնություն և սպասարկում իրականացնող իրավաբանական անձի կամ անհատ ձեռնարկատիրոջ անվանումը, լիցենզիայի համարը, գտնվելու վայրը, հեռախոսահամարը** | | | | |
|  |  | | | |
|  | | | | |
| **Պացիենտի**  **անունը, ազգանունը, ծննդյան տարեթիվը կամ տարիքը**, **բնակության վայրը** | | | | |
|  | | | | |
| **Զեղչի չափը** | 100% 🞎 | 50% 🞎 | | 30% 🞎 |
| **Նշանակվող դեղի** անվանումը կամ բաղադրակազմը, դեղաչափը, դեղաձևը, քանակը միանվագ կիրառման չափաբաժինը, պատրաստման ու բաց թողնման ցուցումներ, կիրառման եղանակը, ժամանակը, հաճախականությունը տևողությունը (оրերով) | | | | |
|  | | | | |
| **Դեղատոմսը գրելու ամսաթիվը** | | | **Դեղատոմսը ուժի մեջ է 30 օր:** | |
| **Բժշկի անունը, ազգանունը, հեռախոսահամարը** | | | **Բժշկի ստորագրությունը** | |
|  | | |
|  | | | | |

Դեղատոմսը հատուկ հաշվառման փաստաթուղթ է և պահվում է դեղատանը մեկ տարի: