|  |
| --- |
| **Դեղատոմսային ձև N 3**Հաստատված է ՀՀ կառավարության2019 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: