

ثبت نسخه دارو

بیمار

پزشک محترم لطفا کد ملی بیمار را به صورت ده رقم بدون خط تیره در کادر وارد نمایید

0533141907

کد ملی بیمار

شماره سریال کارت ملی

دریافت اطلاعات بیمار

نام	فاطمه	نام خانوادگی	ساری خانی	جنسیت	زن
تاریخ تولد	1351/01/11	تاریخ اعتبار بیمه	1399/12/29	نوع بیمه	اجباری
تاریخ نسخه	1397/06/07	تاریخ اعتبار نسخه	1397/08/06	دلیل ارجاع	
بیمار دارای پرونده		و دارای بیماری مهم		تلفن همراه	09381718214
نوع نسخه	انتخاب کنید	نسخه پرستفاده	انتخاب کنید	تشخیصی اولیه	انتخاب کنید...

بیمار

- دارو
- پاراکلینیک
- ویزیت
- ویزیت و خدمات
- خدمات

نام خانوادگی	ساری خانی	جنسیت	زن
نام	فاطمه	نوع بیمه	اجباری
تاریخ تولد	1351/01/11	دلیل ارجاع	
تاریخ نسخه	1397/06/07	تاریخ اعتبار نسخه	1397/08/06
بیمار دارای پرونده		تلفن همراه	09381718214
نوع نسخه	دارو	تشخیص اولیه	انتخاب کنید...
		و دارای بیماری مهم	
		نسخه پر استفاده	انتخاب کنید

نمایش سوابق بیمار | نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند	نام دارو	انتخاب کنید...
زمان مصرف	انتخاب کنید	
مقادیر مصرف	انتخاب کنید...	
درج در لیست	داروهای بیمه	داروهای غیر بیمه
ردیف	نام دارو	

مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
یک چهارم (1/4) عدد	هر شب	نامشخص			

حذف کلیه اقلام نسخه

- انتخاب کنید...
- DEXTROSE 5% 250ML INF P-BOTTLE 06425
- DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE 50610
- LIPOSOMAL 2 mg/1mL
- (exipen) قلم تزریق انسولین 66677
- ABCIXIMAB 10MG/5ML INJ 14083
- ACARBOSE 100MG TAB 02015
- ACARBOSE 50MG TAB 02016
- ACETAMINOPHEN 100MG/ML DROP 00003
- ACETAMINOPHEN 120MG/5ML SOL 60ML 00004
- ACETAMINOPHEN 120MG/5ML SUSP 00005
- ACETAMINOPHEN 125MG PED SUPP 00006

توضیحات تکمیلی پزشک

نمایش سوابق بیمار | نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

قیمت به ریال
 تعداد
 شکل دارو
 نام دارو
 نام دارو
 مقدار مصرف
 تعداد
 زمان مصرف
 دستورات متفرقه
 دوره تکرار شود

داروهای بیمه ای با معادل زیریک
 داروهای غیر بیمه ای

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
------	----------	----------	-------	-------------	-----------	----------	-------	---------	-----

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی
پزشک

نام خانوادگی	ساری خانی	جنسیت	زن
نام	فاطمه	نوع بیمه	اجباری
تاریخ تولد	1351/01/11	تاریخ اعتبار نسخه	1397/08/06
تاریخ نسخه	1397/06/07	تاریخ اعتبار بیمه	1399/12/29
بیمار دارای پرونده	و دارای بیماری مهم	تلفن همراه	09381718214
نوع نسخه	دارو	تشخیص اولیه	انتخاب کنید...
	نسخه پر استفاده	انتخاب کنید	

نمایش سوابق بیمار | نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند	نام دارو	انتخاب کنید...
زمان مصرف	انتخاب کنید	
مقادیر مصرف	انتخاب کنید...	
ردیف	نام دارو	تعداد: 1
	BELLASAN DE-SIN@ 500ML SOLUTION 20990	دوره تکرار شود
	DEFERIPRONE TABLET, EFFERVESCENT 50438	شکل دارو
	ORAL 500 mg	قیمت به ریال
	DEXTROSE 5% 250ML INF P-BOTTLE 06425	دستورات متفرقه
	DOXORUBICIN HYDROCHLORIDE 50610	
	LIPOSOMAL 2 mg/1mL	
	IMMUNE GLOBULIN INJECTION 50081	
	PARENTERAL 200 mg/1mL 5MILLILITER	
	STAMINE DECONGESTANT TAB 1	
	(exipen) فلام تزریق اتسولین 66677	
	- 22903	
	mh MILK INFANT FORMULA 2 POWD- 22916	
	mh MILK INFANT FORMULA 3 POWD- 22917	
	mhMILK INFANT FORMULA 1 POWD- 22915	

مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
یک چهارم (1/4) عدد	هر شب	نامشخص			

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

نوع نسخه دارو نسخه پراستفاده انتخاب کنید... تشخیص اولیه انتخاب کنید... انتخاب کنید...

نمایش سوابق بیمار نمایش حساسیت دارویی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو AMOXICILLIN 500MG CAP

تعداد: 1

شکل دارو CAPSULE

دوره تکرار شود

قیمت به ریال 3100

دستورات متفرقه

انتخاب کنید

زمان مصرف

مقادیر مصرف

سایر

ظهر و شب

هر صبح

هر شب

صبح و شب

صبح و ظهر و شب

هر یک ساعت

هر دو ساعت

هر سه ساعت

هر چهار ساعت

ردیف نام دارو

توضیحات تکمیلی پزشک

حذف کلید ارقام نسخه

ذخیره و ارسال ذخیره در کارت نسخه پر استفاده تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار نسخه برای بیمار جدید چاپ انصراف

نمایش سوابق بیمار | نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند	نام دارو	AMOXICILLIN 500MG CAP
زمان مصرف	صبح و ظهر و شب	
مقادیر مصرف	انتخاب کنید...	
تعداد:	1	
شکل دارو	CAPSULE	
دوره تکرار شود		
قیمت به ریال	3100	
دستورات متفرقه		

ردیف	نام دارو	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف

حذف کلیه اقلام نسخه

انتخاب کنید...

سایر

یک چهارم (1/4) عدد + درج در لیست

نصف (1/2) عدد

یک (1) عدد/ بار/ تزریق

دو (2) عدد/ بار / تزریق

سه (3) عدد/ بار / تزریق

چهار (4) عدد/ بار/ تزریق

پنج (5) عدد/ بار/ تزریق

شش (6) عدد/ بار/ تزریق

یک (1) قاشق چایخوری (2/5 سی سی)

توضیحات تکمیلی پزشک

صفحه 1 از 16

اطلاعات نسخه دارویی

برند	نام دارو	AMOXICILLIN 500MG CAP	تعداد:	30	قیمت به ریال	3100
زمان مصرف	صبح و ظهر و شب	شکل دارو	شکل دارو	CAPSULE	دستورات متفرقه	
مقادیر مصرف	یک (1) عدد/ بار/ تزریق	دوره تکرار شود				

داروهای بیمه ای با معادل زنتیک
 داروهای غیر بیمه ای

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی
پزشک

نوع نسخه دارو نسخه براسفاده انتخاب کنید تشخیص اولیه انتخاب کنید...

نمایش سوابق بیمار نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو انتخاب کنید... تعداد: 1 قیمت به ریال

زمان مصرف انتخاب کنید شکل دارو دستورات متفرقه

مقادیر مصرف انتخاب کنید... دوره تکرار شود

داروهای بیمه ای یا معادل ژنریک
 درج در لیست
 داروهای غیر بیمه ای

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	AMOXICILLIN 500MG CAP	CAPSULE	30	یک (1) عدد/ بار/ تزریق	صبح و ظهر و شب	نامشخص			

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

ذخیره در کارت نسخه بر استفاده تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار نسخه برای بیمار جدید چاپ انصراف

لیست داروهای پرمصرف پزشک

نام دارو	تعداد	مقادیر مصرف	دستورات متفرقه	نحوه مصرف	دفعات تجویز
INSULIN GLARGINE INJECTION 100 [IU]/1mL 3 mL	6	سی (30) واحد/ میلی گرم/ گرم (c)...		هر شب null null	8
ACETAMINOPHEN RAZAK 80MG DISPERSIBLE TAB	10	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		صبح و ظهر و شب null null	22
ANTIHISTAMINE DECONGESTANT TAB	10	یک چهارم (1/4) عدد		هر صبح null null	9
GLATIRAMER ACETATE 40MG/ML PREFILLED SYRINGE	10	یک چهارم (1/4) عدد		هر صبح null null	7
MONTELIKAST SODIUM 5MG CHEW TAB	10	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		هر شب null null	1
CHILDREN COLD TAB	20	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		هر شش ساعت null null	14
ACETAMINOPHEN 100MG/ML DROP	30	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		بعد از صبحانه و شام null...	24
INDOMETHACIN 25MG CAP	30	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		صبح و ظهر و شب null null	8
LEVOTHYROXINE SODIUM 0.1MG TAB	100	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		هر صبح null null	10
LIVERGOL® TAB	100	یک (1) عدد/ بار/ تزریق		طبق دستور null null	7

- نام
- تاریخ تولد
- تاریخ نسخه
- بیمار داره
- نوع نسخه
- نماز
- اطلاعات
- برند
- زمان
- مقادیر
- درج

امکانات سیستم

- لیست پزشکان
- ثبت نسخه
- لیست نسخ

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار
------	----------	----------	-------	-------------	-----------	----------	-------

حذف

توضیحات تکمیلی پزشک

۳۹/۸۳

لیست داروهای بر مصرف پزشک

نام خدمت/دارو	تعداد	مقادیر مصرف	دستورات متفرقه	نحوه مصرف	دفعات تجویز
ACETAMINOPHEN 100MG/ML DROP	30	مرتب سازی افزایشی		بعد از صبحانه و شام null null	24
ACETAMINOPHEN RAZAK 80MG DISPERSIBLE TAB	10	مرتب سازی کاهش		صبح و ظهر و شب null null	22
CHILDREN COLD TAB	20	ستون ها		هر شب null null	14
LEVOTHYROXINE SODIUM 0.1MG TAB	100				10
ANTI HISTAMINE DECONGESTANT TAB	10	یک چهارم (1/4) ...			9
INSULIN GLARGINE INJECTION 100 [IU]/1mL 3 mL	6	سی (30) و ...			8
INDOMETHACIN 25MG CAP	30	یک (1) عدد / ...		null null	8
LIVERGOL® TAB	100	یک (1) عدد / ...		nu	7
GLATIRAMER ACETATE 40MG/ML PREFILLED SYRINGE	10	یک چهارم (1/4) ...			7
MONTELIKAST SODIUM 5MG CHEW TAB	10	یک (1) عدد / ...			1

- نام خدمت/دارو
- تعداد
- مقادیر مصرف
- دستورات متفرقه
- نحوه مصرف
- دفعات تجویز

درج در لیست ✓

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	ACETAMINOPHEN RAZAK 80MG DISPERSIBLE TAB		10	یک (1) عدد/ بار/ تزریق	صبح و ظهر و شب	خیر			
2	ANTI HISTAMINE DECONGESTANT TAB	TABLET	10	یک چهارم (1/4) عدد	هر صبح	خیر			

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

۴۰/۸۳

نمایش حساسیت داروئی بیمار

نمایش سوابق بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو

زمان مصرف مقدار مصرف

تعداد: شکل دارو دوره تکرار شود

قیمت به ریال دستورات متفرقه

داروهای بیمه ای با معادل ژنریک درج در لیست

داروهای غیر بیمه ای

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	AMOXICILLIN 500MG CAP	CAPSULE	30	یک (1) عدد/ بار/ تزریق	صبح و ظهر و شب	نامشخص			

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

ذخیره و ارسال

ذخیره در کارت

نسخه پر استفاده

تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار

نسخه برای بیمار جدید

چاپ

انصراف



نوع نسخه دارو نسخه پر استفاده انتخاب کنید... تشخیص اولیه انتخاب کنید...

نمایش سوابق بیمار نمایش حساسیت دارویی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو انتخاب کنید...
 زمان مصرف انتخاب کنید
 مقادیر مصرف انتخاب کنید...

داروهای بیمه ای با معادل ژنریک
 داروهای غیر بیمه ای

درج در لیست

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	*BETAMETHASON POMAD -T	BULK	1	موضعی بمالید	صبح و شب	نامشخص	0		

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

ذخیره و ارسال ذخیره در کارت نسخه پر استفاده تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار نسخه برای بیمار جدید چاپ انصراف

پیام سیستم

پزشک محترم پس از ذخیره نسخه امکان اصلاح اطلاعات آن وجود ندارد. آیا اطمینان دارید؟

بله خیر

نوع نسخه دارو نسخه بر استفاده انتخاب کنید... تشخیص اولیه انتخاب کنید... انتخاب کنید...

نمایش سوابق بیمار نمایش حساسیت دارویی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو انتخاب کنید...
 زمان مصرف انتخاب کنید...
 مقادیر مصرف انتخاب کنید...

داروهای بیمه ای یا معادل زنجیر داروهای غیر بیمه ای
 درج در لیست

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	*BETAMETHASON POMAD -T	BULK	1	موضعی بمالید	صبح و شب	نامشخص	0		

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

ذخیره و ارسال ذخیره در کارت نسخه پر استفاده تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار نسخه برای بیمار جدید چاپ انصراف

در حال ذخیره ، لطفا منتظر بمانید...

اطلاعات نسخه دارویی

اطلاعات با موفقیت ذخیره شده و پیامکی به شما ارسال گردید. X

تایید

برند	نام دارو	انتخاب کنید...
		انتخاب کنید
زمان مصرف		انتخاب کنید
		انتخاب کنید...
مقادیر مصرف		انتخاب کنید...

داروهای بیمه ای با معادل ژنریک ■

داروهای غیر بیمه ای ■

درج در لیست +

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	*BETAMETHASON POMAD -T	BULK	1	موضعی بمالید	صبح و شب	نامشخص	0		

حذف کلیه اقلام نسخه -توضیحات تکمیلی
پزشکانصراف ➡چاپ 🖨نسخه برای بیمار جدید ➡تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار ↻نسخه پر استفاده 📄ذخیره در کارت 📄ذخیره و ارسال 📄

نوع نسخه دارو نسخه بر استفاده انتخاب کنید تشخیص اولیه انتخاب کنید... انتخاب کنید...

نمایش سوابق بیمار نمایش حساسیت داروئی بیمار

اطلاعات نسخه دارویی

برند نام دارو انتخاب کنید... انتخاب کنید... تعداد: 1 قیمت به ریال دستورات متفرقه

زمان مصرف انتخاب کنید... شکل دارو دوره تکرار شود

مقادیر مصرف انتخاب کنید... داروهای بیمه ای یا معادل ژنریک درج در لیست داروهای غیر بیمه ای

ردیف	نام دارو	شکل دارو	تعداد	مقادیر مصرف	زمان مصرف	برند خاص	تکرار	دستورات	حذف
1	AMOXICILLIN 500MG CAP	CAPSULE	30	یک (1) عدد/ بار/ تزریق	صبح و ظهر و شب	نامشخص			

حذف کلیه اقلام نسخه

توضیحات تکمیلی پزشک

ذخیره و ارسال ذخیره در کارت نسخه پر استفاده تجویز نسخه دیگر برای همین بیمار نسخه برای بیمار جدید چاپ انصراف

۴۵/۸۳

