MẪU ĐƠN THUỐC  
*(Ban hành kèm theo Thông tư số 52/2017/TT-BYT ngày 29 tháng 12 năm 2017 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Tên đơn vị ………..  Điện thoại …………  **ĐƠN THUỐC**  Họ tên ……………… Tuổi ……. nam/nữ …..  Họ tên bố/mẹ/ người giám hộ(nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi): ……………….. CMND/Căn cước công dân số..  Địa chỉ …………………………………………….  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) …………………  Chẩn đoán……………………………………….  Thuốc điều trị:  *Lời dặn:*  Tên đơn vị ………..  Điện thoại …………  **ĐƠN THUỐC**  Họ tên ……………… Tuổi ……. nam/nữ …..  Họ tên bố/mẹ/ người giám hộ(nếu người bệnh dưới 72 tháng tuổi): ……………….. CMND/Căn cước công dân số..  Địa chỉ …………………………………………  Số thẻ bảo hiểm y tế (nếu có) …………………  Chẩn đoán……………………………………..  Thuốc điều trị: | | **HƯỚNG DẪN PHỤ LỤC I**  1. Giấy trắng, chữ Time New Roman cỡ 14, màu đen.  2. Tuổi: ghi tuổi của người bệnh, với trẻ < 72 tháng tuổi ghi số tháng tuổi;  3. Đơn được sử dụng kê đơn thuốc (trừ thuốc gây nghiện, thuốc hướng thần).  4. Điện thoại liên hệ: ghi điện thoại của cơ sở khám bệnh, chữa bệnh hoặc của khoa hoặc của bác sỹ/y sỹ kê đơn thuốc.  5. Lời dặn:  - Chế độ dinh dưỡng và chế độ sinh hoạt làm việc  - Hẹn tái khám (nếu cần). |
|  | Ngày ….. tháng …. năm 20….. Bác sỹ/Y sỹ khám bệnh *(Ký, ghi rõ họ tên)* |
| *Khám lại xin mang theo đơn này.* | |