**Phụ lục 1**

**Mẫu số 3**

**BIỂU MẪU BÁO CÁO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE DÀNH CHO TUYẾN TỈNH, THÀNH PHỐ/CƠ QUAN ĐẦU MỐI**

*(Ban hành kèm theo Thông tư số 14/2015/TT-BYT ngày 25 tháng 6 năm 2015 của Bộ trưởng Bộ Y tế)*

**TÊN ĐƠN VỊ………………………………………..**

**BÁO CÁO TÌNH HÌNH SỬ DỤNG, TỒN KHO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE**

*(từ ngày … tháng …… đến ngày …. tháng…...)*

Ngày hoàn thành báo cáo (ngày cuối cùng của tháng báo cáo) ............................

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên  đơn vị | Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng | Đơn vị tính | Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang | Số lượng  nhập trong kỳ | Tổng số | Số lượng xuất  trong kỳ | Số lượng  hao hụt | Số lượng dư thừa | Tồn kho  cuối kỳ | Tổng số người bệnh đang tham gia điều trị | Số lượng người bệnh dự kiến tăng thêm trong kỳ tới | Số lượng  dự trù cho kỳ tới | Số lượng duyệt dự trù |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) | (14) |
| …..…. |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| …..… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tổng số |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| ***Nơi nhận:*** | Số ……. ngày…………………………………………………………………… |
| - ………. | Duyệt bản dự trù này gồm … trang … khoản….) |
| - ………. | Bản dự trù này có giá trị kể từ ngày ký ban hành đến hết ngày ………………... |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập báo cáo**  *(ký và ghi rõ họ tên)* | **Lãnh đạo TTPC HIV/AIDS tỉnh\***  *(ký và ghi rõ họ tên)* | **Cơ quan duyệt dự trù**  *(ký và ghi rõ họ tên)* |

Ghi chú: (\*) Chỉ áp dụng đối với quy trình duyệt dự trù nhu cầu sử dụng thuốc Methadone thuộc thẩm quyền quản lý của Bộ Y tế và Sở Y tế

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |