**Phụ lục 1**

**BIỂU MẪU BÁO CÁO VÀ DỰ TRÙ THUỐC METHADONE DÀNH CHO CƠ SỞ ĐIỀU TRỊ**

**Mẫu số 2**

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

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

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

Cơ sở điều trị Methadone…..…………………………………………………………………………..

Địa chỉ: …………………………………………………………………………………………………

Quận/huyện/thị xã/thành phố…..……………. Tỉnh/thành phố………………...

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Tên đơn vị | Tên thuốc, nồng độ, hàm lượng | Đơn vị tính | Số lượng tồn kho kỳ trước chuyển sang  | Số lượngnhập trong kỳ  | Tổng số | Số lượng xuấttrong kỳ | Số lượnghao hụt | Số lượng dư thừa | Tồn khocuối 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 |
| (1) | (2) | (3) | (4) | (5) | (6) | (7) | (8) | (9) | (10) | (11) | (12) | (13) |
| …… |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| .... … |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Tổng số |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| ***Nơi nhận:*** |
| - ………. |
| - ………. |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Người lập báo cáo***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Lãnh đạo cơ sở điều trị***(ký và ghi rõ họ tên)* | **Thủ trưởng đơn vị quản lý trực tiếp***(ký và ghi rõ họ tên)* |

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