

医生姓名
医生 DEA 注册号
医疗中心地址
电话号码： 传真号码：

患者姓名：_____ 出生日期：_____

地址：_____ 日期：_____

1 – 配制硝酸甘油软膏，浓度 0.125%。遵医嘱每日三次，每次取豌豆大小剂量涂于直肠内。

数量 - _____ 续方 _____ 必要时使用 不得续配

2 – 配制硝酸甘油软膏，浓度 0.2%。遵医嘱每日三次，每次取豌豆大小剂量涂于直肠内。

数量 - _____ 续方 _____ 必要时使用 不得续配

3 – 配制地尔硫草乳膏，浓度 2%。遵医嘱每日四次，每次取豌豆大小剂量涂于直肠内。

数量 - _____ 续方 _____ 必要时使用 不得续配

4 – 配制硝苯地平乳膏，浓度 0.5%。遵医嘱每日四次，每次取豌豆大小剂量涂于直肠内。

数量 - _____ 续方 _____ 必要时使用 不得续配

标签

为确保配发原厂药品，医生须亲笔在处方上注明“按所写处方配发”