**Phụ lục 1**

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

*(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 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 |
| (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)* |