

**توجه:**

این فرم باید توسط پزشک معالج بیمار به طور کامل تکمیل و به همراه مستندات آزمایشگاهی و بالینی شامل نتایج SE و پس از اخذ تاییدیه پزشک معتمد معاونت غذا و داروی مرتبط به طی نامه به اداره کل امور فرآورده‌های طبیعی، سنتی، مکمل و شیرخشک ارسال شود. در صورتی که فرم ناقص و یا مستندات مرتبط ارسال نشود، مورد بررسی قرار نخواهد گرفت.

مشخصات بیمار				
نام و نام خانوادگی بیمار		تاریخ تولد		جنسیت
وزن فعلی		وزن زمان تولد		قد
اطلاعات مرتبط به بیماری				
نام بیماری		سن تشخیص بیماری		
سابقه خانوادگی بیماری				
علائم آلرژی از چه سنی شروع شده است؟				
بیمار در حال حاضر چه علائمی دارد؟				
بیمار چه مدت زمانی شیرخشک EHF مصرف کرده است؟				
مستندات مرتبط با تشخیص				
داروهای مصرفی				
فرآورده تجویزی				
شماره پرونده الکترونیک		شماره نسخه الکترونیک		
نوع فرآورده تجویزی		تعداد مصرف فعلی ماهانه		
علت درخواست افزایش میزان مصرف				
فرآورده‌های تجویزی که بیمار تا کنون استفاده کرده				
نام فرآورده مورد نیاز		تعداد مصرف ماهانه مورد نیاز		
مدت زمان نیاز بیمار به ادامه مصرف شیر خشک مذکور				
مشخصات پزشک درخواست کننده				
نام و نام خانوادگی پزشک معالج		شماره نظام پزشکی		
رشته فوق تخصص		تلفن محل طبابت		
تاریخ درخواست		محل فعالیت	استان	شهر
اینجانب دکتر ..... صحت اطلاعات فوق را تأیید می‌نمایم.				
مهر و امضا				