xx医院

麻醉、第一类精神药品基数申请表

<table>
<tr><td colspan="2">申请部门</td><td colspan="3"></td></tr>
<tr><td>药品名称</td><td>规格</td><td>单位</td><td>申请数量</td><td>历史日最大消耗数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td colspan="5">申请原因：

经办人：　　年　月　日</td></tr>
<tr><td>申请科室
护士长/组长</td><td></td><td>申请科室
主任/负责人</td><td></td><td>药学部
主任/负责人</td><td></td><td>医务处</td><td></td></tr>
</table>

填写说明：该表一式三份，申请科室、药学部及医务部门各留存一份。

xx医院

麻醉、第一类精神药品入库验收登记表

药品名称：　　剂型：　　规格：　　单位：　　生产企业：

日期	凭证号	数量	批号	效期	供货企业	质量	验收结论	验收人签字	

填写说明：

1. 凭证号：供货企业随货同行单编号；

2. 验收结论：合格用/表示，不合格填写“不合格”及具体内容；

3. 生产企业和供货企业：可填写简称。

xx医院

药库麻醉、第一类精神药品专用账册

药品名称：　　剂型：　　规格：　　单位：　　生产企业：

日期	上日结存	凭证号	批号	效期	入库数	出库数	结存数	结存批号	药库药师	药库药师	药房领药人

填写说明：凭证号填写电脑凭证号。

xx医院

药库麻醉、第一类精神药品验收缺损登记表

日期	药品名称	剂型	规格	单位	数量	批号	生产企业	供货企业	金额	验收人签字	
缺损情况介绍：								供货企业人员签字：			
处理方法：			专管员： 年 月 日					部门负责人： 年 月 日			
处理结果：			医疗机构负责人： 年 月 日								

填写说明：该表一式两份，医疗机构和供货企业各留存一份。

xx医院

药房麻醉、第一类精神药品领药申请单

凭证号：　　日期：　　领用部门：　　发出部门：

药品名称	剂型	规格	单位	申请数量	生产企业	申请人	审批人

备注：凭证号为申请单编号

xx医院

药库麻醉、第一类精神药品空安瓿/废贴回收登记表

序 号	回收日期	回收部门	药品名称	规 格	单 位	批号	回收数量	回收人	复核人	销毁监督

xx医院

药房/值班柜麻醉、第一类精神药品专用账册

药品名称_____规格_____厂家_____

日期	时间	上日结存	领入数	领入批号	领药员/复核人	消耗数	结存数	结存批号	结存效期	交班人	接班人
日结											

备注：日期填写年月日；时间填写交接班的时分

xx医院

药房麻醉、第一类精神药品专用登记册

日期	姓名	性别	年龄	身份证编号	病历号/住院号	疾病名称	药品名称	规格	使用剂量	使用批号	数量	处方医生	处方编号	配药人	发药人

xx医院

药房麻醉、第一类精神药品空安瓿/废贴回收登记表

序　号	回收日期	病历号/住院号	患者姓名	药品名称	批号	规　格	单　位	回收数量	回收人	复核人

医院

麻精一药品值班柜交接班记录本

日期	时间	账物相符	专账记录完整	处方合格	空安瓿/废贴记录正确	专册记录完整	值班柜钥匙交接	交班人	接班人

医院

临床科室麻醉、第一类精神药品专用账册

药品名称＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿规格＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿单位＿＿＿＿＿＿＿＿

日期	时间	上日结存	消耗数	领入数	结存数	批号	签名	
							交班人	接班人

医院

临床科室麻醉、第一类精神药品专用登记册

年月日	具体时间	药品名称	规格	使用剂量	批号	患者名称	住院号	余液弃去剂量	执行人（双签）	备注

医院

药房麻醉、第一类精神药品回收登记表

回收部门：__

序号	回收日期	回收科室	患者姓名	身份证号/住院号	药品名称	批号	规格	数量	类型(过期/破损/无偿回收)	生产企业	回收人	复核人

医院

药库麻醉、第一类精神药品回收登记表

日期	退回部门	药品名称	规格	批号	数量 (支/片/贴)	类型 (过期/破损/ 无偿回收)	退回人	接收人

医院

麻醉、第一类精神药品空安瓿 废贴回收汇总表

日期	药品名称	规格	类别		批号	数量	回收人
			空安瓿	废贴			
汇总日期区间				药学部经办人			
汇总数量		支		药学部负责人			
		贴					
保卫科(监督)				签字：			

xx医院

麻醉、第一类精神药品空安瓿/废贴销毁申请表

销毁类别：□空安瓿　□废贴

医院名称		申请部门		申请日期	
填报人			联系方式		
上交部门	起始时间	终止时间		数量	备注
药学部门负责人意见	签字： 年　月　日				
销毁方式	□砸碎空安瓿 □废贴由保卫部门交专业公司处理				
销毁地点					
经手人员 （双人）	签字 1：　　签字 2： 年　　月　　日				
监督人员 (保卫部门)	签字： 年　　月　　日				

xx医院

麻醉、第一类精神药品处方/账册销毁申请表

销毁类别：　口处方 □专用账册 □专用登记册

<table>
<tr><td>销毁地点</td><td></td><td>销毁日期</td><td></td><td>填报人</td><td></td></tr>
<tr><td>名称</td><td colspan="2">起始时间</td><td>终止时间</td><td>汇总数量</td><td>备注</td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td></td><td colspan="2"></td><td></td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>药学部门
负责人意见</td><td colspan="5">签字：

日期：年　月　日</td></tr>
<tr><td>医务部门
意见</td><td colspan="5">签字：

日期：年　月　日</td></tr>
<tr><td>分管院长
意　见</td><td colspan="5">签字：

日期：年　月　日</td></tr>
</table>

麻醉、第一类精神药品专用病历

编号：

_____

盖章处

xx医院

门诊

专用病历

麻醉药品、第一类精神药品

患者姓名		联系电话	
身份证号			
代办人姓名		联系电话	
建档日期		注销日期	

xx医院

病历首页

患者信息：

姓名		性别		出生年月	
身份证号					
婚姻		职业		民族	
诊断				诊断时间	
药物过敏史					
麻醉药物使用史					
家庭住址					
工作单位				联系电话	

代办人信息：

代办人姓名		性别		年龄	
与患者关系				联系电话	
身份证号					
家庭住址					
工作单位					

xx医院

病历记录

年份	就诊日期	疾病情况或用药情况

xx医院

麻醉、第一类精神药品使用知情同意书

为了提高患者疼痛的生存质量，方便患者领用麻醉药品、第一 类精神药品，防止药品流失，在首次建立门诊专用疼痛病历前， 请 您认真阅读以下内容：

一、患者拥有的权利：

(一)有在医师、药师指导下获得药品的权利。

(二) 有从医师、药师、护师处获得的麻醉药品、第一类精神药品正确、安全、有效使用和保存常识的权利。

(三) 有委托亲属或者监护人代领麻醉药品、第一类精神药品的 权利。

(四)权利受侵害时向有关部门投诉的权利。

(五)本院受理投诉部门：医务科/医患投诉办公室，电话：_____

二、患者及其亲属或者监护人的义务：

(一)遵守相关法律、法规及有关规定。

(二)如实说明病情及是否有药物依赖或药物滥用史。

(三) 患者不再使用麻醉药品、第一类精神药品时，立即停止取药并将剩余的药品无偿交回建卡医疗机构。

(四)不向他人转让或者贩卖麻醉药品、第一类精神药品。

(五)患者至少每 3 个月复诊一次。

三、重要提示：

(一)麻醉药品、第一类精神药品仅供患者因疾病需要使用， 其他一切用作他用或者非法持有的行为，都可能导致您触犯刑律或 其它法律、规定，要承担相应法律责任。

(二)违反有关规定时，患者或者代办人均要承担相应法律责任。

以上内容本人已经详细阅读，同意在享有上述权利的 同时，履行相应的义务。

医疗机构(章)　　患者(家属)签名：

经办人签名：　　年 月 日

年 月 日

xx医院

委托书

委托人(患者本人)：_____性别：_____年龄：_____

有效证件号码：_____住址：_____

本人_____于____年____月____日，因病门诊镇痛治疗，按照相关规定在贵单位建立并使用有效的《麻醉药品专用病历》。由于疾病原因， 行动不便， 本人郑重委托由____作为我的代办人， 代为在门诊领取所需麻醉药品。代办人全权代表本人， 所产生的后果， 由本人承担。

被委托人(代办人)：_____性别：_____年龄：_____

有效证件号码：_____与患者关系：_____

住址：_____

被委托人(代办人)：_____性别：_____年龄：_____

有效证件号码：_____与患者关系：_____

住址：

患者签名：_____年　　月　　日

代办人签名：_____年　　月　　日

代办人签名：_____年　　月　　日

注：委托人因病情无法填写时，可由代办人代替填写；所有签名处均需本人摁手印确认。

xx医院

药房/科室第二类精神药品专用登记册

处方日期	患者姓名	病历号/住院号	药品名称	规格	用药数量

xx医院

第二类精神药品临床科室基数申请表

<table>
<tr><td>申请部门</td><td colspan="5"></td></tr>
<tr><td>药品名称</td><td>规格</td><td>单位</td><td>申请数量</td><td colspan="2">历史日最大消耗数</td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td colspan="2"></td></tr>
<tr><td colspan="6">申请原因：

经办人：　　年　　月　　日</td></tr>
<tr><td>申请科室
护士长</td><td></td><td>申请科室
主任/负责人</td><td></td><td>药学部
主任/负责人</td><td></td><td>医务处</td><td></td></tr>
</table>

填写说明：该表一式三份，备药科室、药学部门、医务处各留存一份。

医院

过期 破损第二类精神药品回收登记表

回收部门：_____

序号	回收日期	患者姓名	身份证号	药品名称	批号	规格	单位	数量	回收类型	生产企业	回收人	复核人

以上内容仅为本文档的试下载部分，为可阅读页数的一半内容。如要下载或阅读全文，请访问：https://d.book118.com/586010130155010112