

معاونت بهداشتی گناباد

فرم آمار دارو و تجهیزات ترالی اورژانس و تزریقات

مرکز بهداشتی درمانی سه ماهه: سال

ردیف	کد دارو	نام دارو	موجودی اولیه	تحویلی در طول ۳ ماهه	مصرفی ۳ ماهه	موجودی فعلی	تاریخ انقضاء	درخواستی
۱	۲۰۱۶	قرص آ-اس-آ ۱۰۰						
۲	۲۰۳۹	آمپول آتروپین سولفات ۰/۵						
۳	۲۰۴۹	آمپول آمینوفیلین						
۴	۲۰۴۲	آمپول بی پریدین						
۵	۲۰۶۵	ویال سدیم بیکربنات						
۶	۲۰۶۶	ویال سدیم کلراید ۰/۵٪						
۷	۲۰۱۸	قرص کاپتو پریل ۲۵						
۸	۲۰۴۰	آمپول دگزامتازون						
۹	۲۰۶۲	ویال دکستروز ۵۰٪						
۱۰	۲۰۳۶	آمپول دیازپام						
۱۱	۲۰۳۴	آمپول اپی نفرین						
۱۲	۲۰۳۳	آمپول فوروزماید ۲۰						
۱۳	۲۰۵۵	آمپول هالوپریدول						
۱۴	۲۰۵۴	آمپول هپارین ۵۰۰۰ واحد						
۱۵	۲۰۳۷	آمپول هیدروکورتیزون						
۱۶	۲۰۶۳	ویال لیدوکائین						
۱۷	۲۰۴۴	آمپول متوکلوپرامید						
۱۸	۲۰۵۳	آمپول میدازولام ۵						
۱۹	۲۰۶۴	ویال منیزیوم سولفات ۵۰٪						
۲۰	۲۰۴۳	آمپول نالوکسان						
۲۱	۲۰۵۲	آمپول نیترو گلیسرین						
۲۲	۲۰۲۱	پرل نیترو گلیسرین ۰/۴						
۲۳	۲۰۵۱	آمپول فنوباربتال ۲۰۰						
۲۴	۲۰۵۶	آمپول فنی توفین سدیم						
۲۵	۲۰۳۵	آمپول رانیتیدین						
۲۶	۲۲۱۷	آمپول آمیودارون هیدروکلراید*						
۲۷	۲۰۵۰	آمپول کلسیم گلوکونات*						
۲۸	۲۲۱۸	آمپول دیگوسین*						
۲۹	۲۰۵۷	آمپول دوپامین*						
۳۰	۲۲۱۹	آمپول وراپامیل*						
۳۱	۲۲۰۴	ژل لیدوکائین						
۳۲	۲۲۰۲	ژل لو پریکانت						
۳۳	۲۰۸۶	سرم رینگر ۵۰۰						
۳۴	۲۰۸۹	سرم دکستروز ۵۰۰						
۳۵	۲۰۸۴	سرم شستشو ۵۰۰						

ردیف	کد دارو	نام دارو	موجودی اولیه	تحویلی در طول ۳ ماهه	مصرفی ۳ ماهه	موجودی فعلی	تاریخ انقضاء	درخواستی
۳۶	۲۱۸۵	اسپری سالبوتامول						
۳۷	۲۱۵۳	محلول بتادین CC۲۵۰						
۳۸	۲۱۵۰	محلول الکل						
۳۹	۲۰۵۸	آب مقطر						
۴۰	۲۱۰۷	آنژیوکت						
۴۱	۲۱۰۵	اسکالپ وین						
۴۲	۲۱۴۲	لوله تراشه						
۴۳	۲۱۱۰	اروی						
۴۴	۲۱۵۷	باند						
۴۵	۲۱۵۶	گاز						
۴۶	۲۱۵۵	پنبه						
۴۷	۲۱۳۰	سوند فولی						
۴۸	۲۱۴۰	سوند معده						
۴۹	۲۱۳۳	سوند نلاتون						
۵۰	۲۱۶۵	کیسه ادرار						
۵۱	۲۱۷۰	تیغ بیستوری						
۵۲	۲۱۶۳	چسب ضد حساسیت						
۵۳	۲۱۶۲	چسب لکوپلاست						
۵۴	۲۱۷۱	دستکش جراحی						
۵۵	۲۱۷۴	دستکش لاتکس						
۵۶	۲۱۲۴	نخ نایلون						
۵۷	۲۱۱۱	نخ سیلک						
۵۸	۲۱۱۸	نخ کرومیک						
۵۹	۲۱۰۰	ست سرم						
۶۰	۲۱۰۱	ست خون						
۶۱	۲۱۰۲	میکروست						
۶۲	۲۰۹۷	سر سوزن						
۶۳	۲۰۹۱	سرنگ ۲						
۶۴	۲۰۹۲	سرنگ ۵						
۶۵	۲۰۹۳	سرنگ ۱۰						
۶۶	۲۰۹۴	سرنگ ۲۰						
۶۷	۲۰۹۵	سرنگ ۵۰						
۶۸	۲۰۹۶	سرنگ انسولین						
۶۹								
۷۰								

*جهت مراکز دارای دفیبرپلاتور درخواست شود .

امضاء مسئول مرکز بهداشتی درمانی (تایید کننده)

نام و نام خانوادگی تکمیل کننده فرم

تاریخ تکمیل :