

預防母子垂直感染藥品核銷表

醫事機構名稱		個案姓名	
醫事機構電話		個案身分證號	
主治醫師姓名		個案出生日期	
使用日期		使用理由	
藥物名稱		規格及劑型	使用數量
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir Infusion)		10mg/ml 20ml/vial 注射劑	Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Lamivudine (3TC oral solution)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Zidovudine (Retrovir syrup)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Nevirapine (Viramune oral suspension)		10mg/ml 240ml/bot 口服液	Lot : Exp:
<input type="checkbox"/> Raltegravir (Isentress)		10mg/ml 60 sachet/box 口服液	Lot : Exp:
醫事服務機構名稱	負責醫師簽章：		
核銷日期： 年 月 日			