

Ref: DHA/HRS/DC/ EDR/

التاريخ:
السادة/
تحية طيبة وبعد،

طلب شراء أدوية
إسم المنشأة:
رقم التسجيل لدى هيئة الصحة بدبي :
رقم الرخصة التجارية:

يرجى العلم بان المنشأة المذكورة أعلاه، قد صدر لها ترخيص من قبل هيئة الصحة بدبي ك
وعليه يرجى العلم بأن هيئة الصحة ليس لديها مانع من شراء الأدوية التالية من قبلكم وذلك حسب التفاصيل التالية :

الصلاحية	رقم الرخصة	الرقم الموحد	التخصص	اسم المهني

SN	Drug	Strength	Pharmaceutical form	Quantity	Supplier
1	Adrenaline	1:1000-1ml	Injection		
2	Atropine	600mcg	Injection		
3	Dextrose 50%	50gm/100ml	Vial		
4	Epinephrine (Autoinjector/prefilled Pen)	0.15mg (150mcg)	Pediatric		
5	Epinephrine (Autoinjector/prefilled Pen)	0.3mg (300mcg)	Adult		
6	Glucagon	1mg	Injection		
7	Glyceryl Trinitrate sublingual	400mcg/Dose	Spray		
8	Salbutamol Inhaler	100mcg/Dose	Injection		
9	Sodium Chloride 0.9% (NS)	10ml	Ampoules		
10	Water For Injection	5ml	Injection		

**ملاحظة: يرجى العمل على توفير سجلات العهدة الخاصة بالأدوية المراقبة وتفعيل المنصة الإلكترونية الموحدة الخاصة
بوصف و صرف هذه الادوية .**

للاستفسارات أو ملاحظات ، يرجى التواصل مع قسم الرقابة الدوائية، عبر البريد الإلكتروني :

DrugControl@dha.gov.ae

شاكرين لكم تعاونكم الدائم

قسم الرقابة الدوائية
ادارة التدقيق والرقابة الصحية
قطاع التنظيم الصحي

يعتبر هذا النموذج معتمد ، وصالح للاستخدام لمدة شهر واحد من تاريخ اعتماد قسم الرقابة الدوائية

This form is considered approved, and is valid for one month from the date of approval by the Drug Control Section