

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 بأن 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	Hydrocortisone	100mg/2ml	Injection		
2	Epinephrine (Adrenaline)	0.1mg/ml or 1mg/ml	Syringe or Ampoule		
4	Salbutamol Aerosol Inhalation	1mg/ml	Nebules		
5	Chlorphenarmine	10mg/ml	Injection		
6	Aspirin	75mg/100mg (chewable)	Tab		
7	Nitroglycerin		sublingual tablet or aerosol spray		

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

للاستفسارات أو الملاحظات ، يرجى التواصل مع قسم الرقابة الدوائية، عبر البريد الالكتروني :

[DrugControl@dha.gov.ae](mailto: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