

طلب إتلاف أدوية  
Medications Disposal Form

DHA-MDR-

Time: HH :	الوقت:	Date:	التاريخ:
Facility name:	اسم المنشأة:		
Pharmacist in-charge name:	اسم الصيدلي المسؤول:		
Pharmacist in-charge license No:	رقم ترخيص الصيدلي المسؤول:		
Facility license No:	رقم ترخيص المنشأة :	Telephone:	الهاتف:
Location:	الموقع:	Email:	البريد الإلكتروني:

Below medications will be disposed for the following reason(s) سيتم إتلاف أصناف الأدوية المذكورة أدناه وذلك للأسباب الآتية

أدوية حكومية Governmental medications	غير مسجلة بوزارة الصحة Non registered in MOH	انتهاء تاريخ الصلاحية Expired medication
تالفه Damaged	عينات مجانية غير معدة للبيع Free samples not for sale	لا يوجد تاريخ صلاحية No expiry date
ممنوع تداولها بالدولة Prohibited to be traded in UAE	محفوفة خارج الثلاجة Stored outside refrigerator	غير مسعرة من قبل وزارة الصحة Not priced by MOH
أسباب أخرى Other reasons	يوجد تغيرات فيزيائية Physically changed	غير مطابقة لتسعيرة وزارة الصحة Not compatible with MOH price list

Notes:

ملاحظات:

اسم المنتج Product name	التركيز Concentration	الشكل الصيدلاني Dosage form	الكمية Quantity	رقم التشغيل Batch number	تاريخ انتهاء الصلاحية Expiry date
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					

المفتش الصحي / ختم القسم  
Health Inspector / Section Stamp

الصيدلي / المدير الطبي  
Pharmacist / Medical Director

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