

۱۴۰۰.۱

## پروتکل های دارویی



امور دارویی سازمان

1400.1

## فهرست

۴	پروتکل داروهای شیمی درمانی.....
۶	پروتکل داروهای (APIXABAN(2.5-5 MG و RIVAROXABAN (10-15-20 MG
۷	پروتکل دارویی RIVAROXABAN (2.5MG
۸	پروتکل دارویی TICAGRELOR و PLAVIX®/ZYLT®
۹	پروتکل دارویی EPLERENON(25-50 MG
۱۰	پروتکل داروهای بیولوژیک در درمان بیماری های روماتولوژی .....
۱۲	پروتکل داروهای نفرولوژی .....
۱۶	پروتکل داروهای MS.....
۱۸	پروتکل داروهای تزریقی مرتبط با پوکی استخوان.....
۲۲	پروتکل انسولین های قلمی و متعلقات آن .....
۲۳	پروتکل مصوب داروی LIRAGLUTIDE
۲۴	پروتکل آمپول های تزریقی چشمی.....
۲۶	پروتکل قرص DIENOGEST 2MG
۲۷	پروتکل هورمون رشد .....
۲۹	پروتکل داروی FERRINJECT®
۳۰	پروتکل داروی DACLATASVIR-SOFOSBUVIR
۳۱	پروتکل داروی BOTULISM A TOXIN

پروتکل داروهای مورد مصرف کووید ..... ۳۳

# پروتکل داروهای شیمی درمانی

## داروهای گروه ۱:

### سطح قاید

تشکیل پرونده

### مدارک لازم جهت تشکیل پرونده

- ۱- ارائه پاتولوژی یا سیتوالوژی، CT اسکن و MRI
- ۲- ارائه فرم تکمیل شده پروتکل شیمی درمانی پیوست توسط پزشک متخصص معالج (الزاماً انکولوژیست) و ثبت در سیستم کمیسیون پزشکی

### نحوه تقبل هزینه

- ۱- انواع داروهای ایرانی ۱۰۰٪ در طول درمان
- ۲- انواع داروهای خارجی که مشابه ایرانی نداشته باشند ۱۰۰٪ در طول درمان
- ۳- انواع داروهای خارجی که مشابه ایرانی داشته باشند در طول درمان فقط بر اساس اظهار نظر شورای عالی پزشکی تهران و همراه با فرانشیز مصوب شورای عالی خواهد بود. (ارائه فرم ADR الزامیست).

## **داروهای گروه ۲:**

### **سطح تایید**

شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز

### **مدارک و شرایط لازم جهت تأیید:**

- ۱- ارائه پاتولوژی یا سیتوولوژی، CT اسکن و MRI
- ۲- ارائه فرم تکمیل شده پروتکل شیمی درمانی پیوست توسط پزشک متخصص معالج (الزاما انکولوژیست) و همچنین فرم ارجاع به شورای عالی پزشکی
- داروهای گروه ۲ نیازی به طرح در کمیسیون منطقه نداشته و جهت تسريع در امر تایید مدارک بیمار مستقیماً به شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز ارسال گردد.

### **نحوه تقبل هزینه:**

- ۱- انواع داروهای ایرانی ۱۰۰٪ در طول درمان
- ۲- انواع داروهای خارجی که مشابه ایرانی نداشته باشند ۱۰۰٪ در طول درمان
- ۳- انواع داروهای خارجی که مشابه ایرانی داشته باشند در طول درمان فقط بر اساس اظهار نظر شورای عالی پزشکی و همراه با فرانشیز مصوب شورای عالی خواهد بود. (ارائه فرم ADR الزامیست).

## **داروهای گروه ۳:**

### **سطح تایید**

شورای عالی پزشکی تهران

### **نحوه تقبل هزینه:**

داروهایی که توزیع رسمی در کشور ندارند و یا خارج از فارماکوپه کشوری باشند مورد تأیید سازمان نمی باشند و تصمیم گیری نهایی با این گونه داروها بر عهده شورای عالی تهران می باشد.

# پروتکل داروهای (10-15-20 mg) APIXABAN(2.5-5 mg) و RIVAROXABAN

## جهت تأیید در کمیسیون مناطق (بدون فرانشیز)

- ۱- تجویز توسط متخصص قلب و عروق و ارتوپد
- ۲- موارد مصرف:
  - ✓ مصارف طولانی مدت مانند پروفیلاکسی در بیماران AF، درمان DVT/PE های مکرر (روزی ۱ عدد )
  - ✓ در درمان DVT/PE های مکرر بیماران کانسری بجز کانسر(Gastro Intestinal) به شرطی قابل تأیید است که مقادیر Plt بالای 50/000 باشد (روزی ۱ عدد )
  - ✓ پروفیلاکسی DVT/ PE متعاقب جراحی های تعویض Knee (جهت ۱۲ روز ) و جهت تعویض Hip (جهت ۳۵ روز )
  - ✓ در بیماران درگیر با Covid19 متعاقب ترخیص از بیمارستان به مدت ۳۰ روز
  - ۳- داروی APIXABAN در مواردی که نارسائی کلیه بیمار ثابت شده باشد (GFR<30) بجای داروی RIVAROXABAN طبق شرایط ذکر شده مورد تأیید است.

## مدارک لازم جهت ارسال به کمیسیون:

- ۱- نوار قلبی دال بر ریتم AF
- ۲- مدارک بستری بیمار دال بر DVT/PE های مکرر
- ۳- مدارک دال بر جراحی تعویض Knee یا Hip
- ۴- جهت داروی APIXABAN علاوه بر یکی از مدارک فوق ارائه آزمایش کراتینین
- ۵- مدارک بستری بیمار دال بر درگیری با کووید ۱۹

## موارد منع مصرف کلی این ۲ دارو عبارتند از:

- ۱- داروی Rivaroxaban در شرایط کلیوی ClCr<30 و Apixaban در شرایط کلیوی ClCr<15 منع مصرف دارد.
- ۲- در نارسائی کبدی ، داروی Rivaroxaban در بیمار Child Pugh B,C و Apixaban در بیمار با شرایط کبدی Child Pugh C منع مصرف دارند.

۳- وزن بالای ۱۲۰ کیلو یا  $BMI \geq 40$  منع مصرف کلی این دو دارو است.

۴- **قبصره:** بدیهی است تجویز همزمان دو دارو مورد تأیید نخواهد بود.

## پروتکل دارویی (RIVAROXABAN 2.5mg)

### جهت تأیید در کمیسیون مناطق

۱- تجویز توسط متخصص قلب و عروق با دوز روزانه روزی ۲ عدد

۲- موارد مصرف:

Multi Vessel Coronary disease ✓

استنت در Left Main ✓

✓ تنگی مجدد استنت LAD

مدارک لازم جهت ارسال به کمیسیون:

✓ گزارش آنژیوگرافی و آژیوپلاست

# پروتکل دارویی و PLAVIX®/ZYLT® TICAGRELOR

## تأیید داروی CLOPIDOGREL (با برند® PLAVIX) (تشکیل پرونده)

- حداکثر تا ۶ ماه بعد از آخرین تاریخ انجام PCI (استنت گذاری عروق کرونر، کاروتید یا آئورت شکمی و یا عروق محیطی روزی ۱ عدد حداکثر ۱۸۰ عدد)
- حداکثر تا ۳ ماه بعد از CVA (روزی ۱ عدد حداکثر ۹۰ عدد)

## تأیید داروی CLOPIDOGREL (با برند® ZYLT) (تشکیل پرونده)

- حداکثر تا یکسال بعد از آخرین تاریخ انجام PCI (استنت گذاری عروق کرونر، کاروتید یا آئورت شکمی و یا عروق محیطی روزی ۱ عدد حداکثر ۳۶۰ عدد)
- حداکثر تا ۶ ماه بعد از CVA (روزی ۱ عدد حداکثر ۱۸۰ عدد)

## تأیید داروی TICAGRELOR (از نوع ایرانی) کمیسیون پزشکی منطقه: (قرص خوارکی 60mg و 90 mg)

- حداکثر تا یکسال بعد از آخرین تاریخ حمله قلبی یا انجام PCI در بیماران ذیل (روزی ۲ عدد حداکثر ۷۲۰ عدد)

۱- بیماران با STEMI

۲- بیماران ACS, HIGH RISK, NSTEMI

۳- بیماران شامل ضایعه COMPLEX PCI BIFORCATION STENTING, CTO, LM

## مدارک مورد نیاز جهت تأیید:

- ۱- ارائه مدارک استنت گذاری (آنژیوپلاستی)
- ۲- ارائه مدارک بستری دال بر حمله قلبی

## تبصره:

تجویز همزمان دو دارو مورد تأیید نخواهد بود.

# پروتکل دارویی (Eplerenon(25-50 mg)

## جهت تأیید در کمیسیون مناطق

### مدارک مورد نیاز جهت تأیید:

- ۱- ارائه مدارک دال بر نارسائی قلب
- ۲- ارائه گواهی پزشک مبنی بر ژنیکوماستی در دنایک ثانویه به اسپیرنولاكتون (لذا فقط در آقایان مورد تأیید است).

- ✓ تجویز قلب و عروق (در مواردی غیر از مشکلات قلب و عروق مورد تأیید نمی باشد)
- ✓ دوز مصرف حداقل روزی ۱ عدد
- ✓ بدون فرانشیز

# پروتکل داروهای بیولوژیک در درمان بیماری های روماتولوژی

(RITUXIMAB- ADALIMUMAB- INFliximab- ETANERCEPT)

(رجوع به شورای عالی پزشکی تهران و کمیسیون پزشکی اهواز)

## شرایط و مدارک لازم:

- ۱- ارائه نسخه پزشک معالج (فقط فوق تخصص روماتولوژی) شامل نام دارو و دوز دقیق دارو
- ۲- تکمیل فرم کمیسیون پزشکی به طور دقیق، خوانا و کامل توسط پزشک فوق (لازم به ذکر است وزن بیمار باید توسط پزشک معتمد در ذیل این فرم گواهی گردد)
- ۳- ارائه سوابق مصرف داروهای قبلی مرتبط با بیماری بیمار (شامل NSAID و کورتون ها و داروهای MTX ، DAMARD ، LEFLUNOMIDE ، SULFASULAZIN)
- ۴- در صورت تایید اولیه دارو توسط شورای پزشکی تهران- اهواز مدت زمان تاییدیه جهت ۳ ماه خواهد بود. برای تمدید مجدد دارو ارائه شرح حال مجدد توسط پزشک معالج به همراه میزان پاسخ به درمان برای تایید در شورای پزشکی ضروری است.

## تبصره:

- ۱- داروهای فوق توسط پزشکان فوق تخصص گوارش نیز تجویز می گردد که پروتکل آن متعاقبا اعلام می گردد.
- ۲- تجویز داروهای بیولوژیک مذکور به طور همزمان مورد تایید نمی باشد.
- ۳- خرید دارو از داروخانه های منتخب و دولتی الزامی است.

## پروتکل مصوب داروهای بیولوژیک مورد استفاده در بیماریهای روماتولوژی

### جهت تأیید در کمیسیون تهران-اهواز

ردیف	نام دارو	دوز- فواصل مصرف- طول درمان	سطح تایید و فرانشیز
۱	ETANERCEPT (ALTEBREL®) ۵۰ و ۲۵ میلی گرم	هفته ای ۲۵ تا ۵۰ میلی گرم (در صورت کنترل بیماری دوز کمتر و فواصل مصرف بیشتر می گردد)	تهران-اهواز بدون فرانشیز
۲	ADALIMUMAB (CINNORA®) ۴۰ میلی گرم	هر دو هفته ۴۰ میلی گرم (در صورت کنترل بیماری فواصل بیشتر می گردد. در بعضی از انواع بیماری روماتولوژی دوز تعديل می گردد.)	تهران-اهواز بدون فرانشیز
۳	INFliximab	در هفته های صفر و دوم و ششم و سیس هر ۳ماه با دوز- 3-5mg/kg در هر جلسه (بر اساس وزن و شدت بیماری)	تهران-اهواز بدون فرانشیز
۴	RITUXIMAB (ZYTUX®) ۵۰۰ میلی گرم	شروع در هفته صفر و ۲ هفته بعد و سیس بر اساس تجویز پزشک (در درمان بیماری های روماتولوژی مقاوم به درمان قبلی)	تهران-اهواز بدون فرانشیز

# پروتکل داروهای نفرولوژی

## (نارسایی کلیه- دیالیز- پیوند)

### ۱- SEVELAMER 800MG (نوع ایرانی)

درمان هایپرفسفاتمی - با تجویز نفرولوژیست

مدارک لازم جهت تأیید: آزمایش حاوی PTH-P-Ca-VitD25(OH)- Creatinin

#### شرایط جهت تأیید در اولین تجویز:

۱- در صورتی که کلسیم بیش از ۸.۴ و فسفر بزرگتر یا مساوی ۵.۵  
یا

۲- در صورتیکه مقدار P به تنها یک بالاتر از ۷/۵ باشد

#### دوز مصرفی و طول درمان:

طبق تجویز نفرولوژ معمولاً روزی ۳ عدد، در مقادیر P بالاتر از ۷/۵ تا حداقل روزی ۶ عدد، معمولاً جهت ۲ ماه تأیید می شود.(دوزهای کمتر از روزی ۳ عدد هم طبق تجویز نفرولوژ مورد تأیید است.)

جهت تأیید ادامه درمان با دارو ارائه آزمایش جدید مقادیر Ca و P الزامیست. (در بیماران دیالیزی این مقادیر ماهانه و در بیماران غیر دیالیزی این مقادیر هردو ماه یکبار ارائه شود).  
لازم به ذکر است در صورتیکه مقدار P بیمار زیر ۳/۵ باشد در هر شرایطی دارو تأیید نمی شود تا آزمایشات جدید بیمار ارائه شود.

برندهای RENAGEL® و RENVELA® فقط با ارائه فرم ADR همراه با نتایج آزمایشات به شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز قابل بررسی است و برند RENAVELA® فقط در بیماران بستری در ICU که اسیدوز شدید دارند با تأیید شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز قابل تایید است.

### ۲- CINNACALCET

درمان رایز PTH- تجویز نفرولوژیست یا غدد - بر اساس آزمایش Vit D و PTH -P-Ca

#### شرایط تأیید:

۱. در مواردیکه مقادیر فسفر بیشتر یا مساوی ۵.۵ و کلسیم بیشتر از ۸.۴ و PTH بیش از ۳۰۰ باشد.  
یا

۲. مقدار کلسیم بالاتر از ۱۰/۵ و PTH بالاتر از ۳۰۰ (به شرط نرمال بودن سطح مقدار Vit D)

#### در موارد زیر سیناکلست تأیید نمی شود:

۱. اگر کلسیم نزدیک و یا حدود Lower limit است و P در رنج طبیعی است سیناکلست مورد تأیید نمی باشد در این موارد کلسیتریول بکار می رود و سیناکلست تأیید نمی شود.

۲. در مواردیکه کلسیم زیر ۷,۵ است سیناکلست تأیید نمی شود.

۳. در مواردیکه P کمتر از ۵.۵ است اگر کلسیم کمتر از ۸.۴ باشد سیناکلست تأیید نمی شود.

### **دوز دارو و طول درمان:**

تا ارائه آزمایشات جدید روزی ۱ عدد تا ۱ ماه تأیید شود.  
 (معمولًاً در بیماران قبل از دیالیز تجویز نمی شود مگر در شرایط خاص که در شورای پزشکی بررسی می شود. افزایش دوز به بیش از روزی ۱ عدد فقط بعد از ارائه جواب آزمایش پس از مصرف یکماهه ممکن خواهد بود.)  
**MIMPARA®**  
 برنده

ارائه آزمایشات همراه با فرم ADR جهت تأیید به شورای عالی تهران

### **VALGANCYCLOVIR 450MG -۳**

#### **شرایط تأیید:**

درمان و پروفیلاکسی CMV- تجویز نفرولوژ و متخصص پیوند اعضا

- جهت پروفیلاکسی: بلافصله بعد از انجام پیوند روزی ۱ عدد تا ۳ ماه مورد تأیید است و بعد از گذشت ۳ ماه در صورت نیاز و یا تجویز متخصص مربوطه حداقل تا ۳ ماه دیگر تمدید می شود.
  - جهت درمان: بر اساس یکی از آزمایشات ذیل
- |                |
|----------------|
| IgM .۱         |
| IgG .۲         |
| PCR CMV .۳     |
| پاتولوژی .۴    |
| Ag CMV .۵      |
| بیوبسی کلیه .۶ |

### **دوز دارو و طول درمان:**

برای مدت ۱ ماه دوز ۱۵ mg/kg تأیید شورای منطقه و جهت تأیید ادامه درمان بیش از ۱ ماه ارائه مدارک جدید یا بررسی علائم بالینی .  
 بعد از یک ماه ارجاع به شورای پزشکی تهران-اهواز الزامیست.

### **GANCICLOVIR 500MG -۴**

در مواردیکه بیمار به هر دلیلی نتواند نوع خوارکی Valganciclovir450 استفاده نماید نوع تزریقی با تأیید شورای پزشکی تهران-اهواز جایگزین آن خواهد شد.

## **ANTILYMPHOCYTE IMMUNOGLOBULIN VIAL (ATG) -۵**

### **شرایط تأیید:**

ایمونوساپرس در پیوند

### **مدارک لازم جهت تأیید:**

کپی برابر اصل از پرونده بستری بیمار در بیمارستان (برگه درخواست پزشک) که ممکن به مهر متخصص پیوند باشد.

### **دوز دارو و طول درمان:**

یک دوز Induction تزریق طی ۴ روز و دوز Treatment که طی ۷ تا ۱۴ روز با دوز  $1/5 \text{ mg/kg}$  تجویز می‌گردد.

### **۶-داروهای ایمنوساپرسیو**

### **شرایط تأیید:**

در صورتیکه جهت بیماران غیر پیوندی (مانند سندروم نفروتیک) استفاده شود فقط نوع ایرانی تأیید می‌شود ولی در صورتیکه

بیمار پیوندی است با هر برندی که پزشک معالج تجویز کرده اند بدون اخذ فرانشیز قابل تایید میباشد.

لازم به ذکر است در ماه اول دوز دارو بسیار بالاست لذا رأی اولیه ۱ ماهه صادر گردد و مجدداً بعد از یک ماه بر اساس دوز جدید دارو رأی ۶ ماهه صادر گردد و جهت تأیید ادامه درمان با دارو سالیانه نیاز به دستور جدید پزشک معالج دارد.

### **مدارک لازم جهت تأیید:**

در ماه اول کپی برابر اصل از پرونده بستری بیمار در بیمارستان (برگه درخواست پزشک) که ممکن به مهر متخصص پیوند باشد. در ماههای بعدی هر ۶ ماه یکبار در سال اول فقط با تجویز نفرولوژ و تعیین دوز دقیق دارو توسط پزشک و سپس سالیانه به صورت مدام العمر تأیید می‌گردد.

## **RITUXIMAB 500MG -۷**

### **شرایط تأیید:**

در سندروم نفروتیک مقاوم به بقیه داروهای ایمنوساپرسیو هر ۲ هفته یکبار تا ۴ دوز تأیید می‌گردد (نوع ایرانی)

## **HEPATITIS B IMMUNE GLOBULIN-۸**

### **شرایط تأیید:**

در بیماران پیوند کبد با سابقه هپاتیت B استفاده می‌شود.

### **مدارک لازم جهت تأیید:**

کپی برابر اصل دستور پزشک متخصص پیوند (هر ۶ ماه یکبار ارائه دستور جدید پزشک معالج الزامی است).

## داروهای نفرولوژی

(نادسایی کلیه-دیالیز-پیوند)

سطح تأیید	نام خارجی دارو	سطح تأیید	نام ایرانی دارو
شورای تهران-اهواز	Renagel® Renvela®	تشکیل پرونده براساس پروتکل	Sevelamer Sevelagen®
شورای عالی تهران	Mimpara®	تشکیل پرونده براساس پروتکل	Cinnacalcet
شورای عالی تهران	Valcyte®	کمیسیون پزشکی منطقه (تا یکماه طبق پروتکل) ادامه درمان شورای تهران-اهواز	Valgancyclovir
شورای تهران-اهواز	Ganciclovir	نوع ایرانی موجود نمی باشد.	
شورای تهران-اهواز	ATG®	نوع ایرانی موجود نمی باشد.	

داروهای ایمونوساپرسیو شامل:

شورای تهران-اهواز	Neoral®	تشکیل پرونده	Ciclosporin Iminoral®
کمیسیون پزشکی منطقه	Suprimun® Cellcept® Myfortic®	تشکیل پرونده	Mycophenolate (Citogant®)
کمیسیون پزشکی منطقه	Prograf®	تشکیل پرونده	Tacrolimus
شورای تهران-اهواز	Rapamun®	موجود نیست	Sirulimus
فقط در آنکولوژی مصرف گردد.	Affinitor®	موجود نیست	Everolimus
شورای عالی پزشکی تهران	Certican® در پیوند کبد	موجود نیست	Everolimus
در تعهد نمی باشد.	Mabthera®	شورای تهران-اهواز	Rituximab
طبق پروتکل	B	در پیوند کبد در پایه هپاتیت	HBIG

# پروتکل داروهای MS

## گروه اول - داروهای تزریقی

نام برنده ایرانی دارو	سطح تأیید	نام برنده خارجی دارو	سطح تأیید
ACTOFERON®, ZIFERON® یک روز در میان ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	BETAFERON®	شورای پزشکی منطقه فرانشیز % ۱۰
RECIGEN® یک روز در میان ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	REBIF®	تهران - اهواز فرانشیز % ۱۰
ACTOVEX® CINNOVEX® هفتاهی ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	AVONEX®	شورای عالی فرانشیز % ۱۰
CINNOMER® یک روز در میان	شورای پزشکی منطقه بدون فرانشیز	COPAXONE®	فعلاً موجود نیست

## گروه دوم - داروهای خوراکی

FINGOLIMOD روزی ۱ عدد	تهران - اهواز بدون فرانشیز	MARELLA®	شورای عالی تهران فرانشیز % ۱۰
DIMETHYFUMMARATE (DIPHOSEL®, CINNOTEC®) پروتکل پیشنهادی: هفته اول: روزی ۱ عدد کپسول ۱۲۰ هفته دوم: روزی ۲ عدد کپسول ۱۲۰ هفته سوم: روزی ۱ عدد کپسول ۱۲۰ میلی گرم و ۱ عدد کپسول ۲۴۰ هفته چهارم به بعد: روزی ۲ عدد کپسول ۲۴۰	شورای منطقه بدون فرانشیز	TECFIDRA®	فعلاً موجود نیست
TERIFLUNOMIDE (TEBAZIO®) روزی ۱ عدد	تهران - اهواز بدون فرانشیز	AUBAGIO®	فعلاً موجود نیست

### گروه سوم- خط دوم درمان جهت بیماران مقاوم به درمان

شورای عالی تهران سال اول و سال دوم بدون فرانشیز	TYSABRI®	موجود نیست	NATALIZUMAB  ۶ ماه اول: ماهانه یکعدد ۶ ماه دوم: هر ۴۵ روز یکعدد از سال دوم: هر دو ماه یکعدد
شورای عالی تهران	OCREVUS®	موجود نیست	OCRELIZUMAB

### گروه چهارم- داروی مکمل MS

در تعهد نمی باشد	FAMPYRA®	کمیسیون پزشکی مناطق بدون فرانشیز	FAMPRIDIN حداکثر دوز روزی ۲ عدد
------------------	----------	-------------------------------------	------------------------------------

### گروههای پنجم- داروی متفرقه MS

شورای عالی تهران فرانشیز ۱۰٪	MABTHERA®	تهران-اهواز بدون فرانشیز	IVIG بر اساس وزن بیمار
		تهران-اهواز بدون فرانشیز	RITUXIMAB
		تهران-اهواز بدون فرانشیز	MITOXANTRONE

### تصویر

۱) خرید کلیه داروهای چه ایرانی و چه خارجی از داروخانه دولتی و مراکز مجاز توزیع دارو که مجوز توزیع از معاونت غذا و داروی وزارت بهداشت داشته باشند الزامی است.

۲) تجویز همزمان دو دارو از دو رده بطور همزمان مورد تأیید نمی باشد. (بجز داروی مکمل FAMPIRIDIN)

# پروتکل داروهای تزریقی مرتبط با پوکی استخوان

(CINNAPAR®-PROLIA®-ZALENDRONIC ACID)

## ZALENDRONIC ACID 5MG

جهت تشکیل پرونده بر اساس مدارک و شرایط ذیل:

- ✓ تجویز متخصص روماتولوژی، غدد و داخلی (در مناطقی که متخصص روماتولوژی وجود ندارد.)
- ✓ بر اساس گزارش BMD
- ✓ سالیانه ۱ عدد
- ✓ به شرط تولید داخل

تبصره:

جهت تأیید برنده ACLASTA® با ارائه فرم ADR به همراه مدارک فوق و سوابق مصرف داروهای مرتبط با پوکی استخوان به کمیسیون عالی ارجاع شود.

## : DENOSUMAB (PROLIA®)

جهت تأیید در شورای تهران-اهواز بر اساس مدارک و شرایط ذیل:

- ✓ تجویز متخصص روماتولوژی، غدد و داخلی (در مناطقی که متخصص روماتولوژی وجود ندارد.)
- ✓ بر اساس گزارش BMD
- ✓ هر ۶ ماه ۱ عدد
- ✓ ارائه سوابق مصرف داروهای مرتبط با پوکی استخوان
- ✓ ارائه آزمایش Creatinine
- ✓ تجویز تا سه سال، بعد از سه سال با مستندات بیماری و لزوم ادامه درمان به شورای عالی پزشکی تهران ارجاع داده شود.

## **:(CINNOPAR®) TRIPARATIDE**

جهت تأیید در شورای تهران - اهواز بر اساس پروتکل ذیل :

- خانمهای **post menopause**

- Tscor≤-3.5 (۱)
- سابقه شکستگی های متعدد یا شدید (۲)
- همراه با حداقل یک شکستگی Tscor≤-2.5 (۳)

- آقایان بالای ۶۵ سال:

- Tscor≤-3.5 (۱)
- همراه با حداقل یک شکستگی Tscor≤-2.5 (۲)

- در افرادی که سایر درمان های پوکی استخوان با شکست مواجه شده مثل استئوپروز ناشی از مصرف طولانی

کورتیکواستروئیدها

- بیماران با استئوپرز که قادر به تحمل بیس فسفوناتها نیستند یا منع مصرف دارند مثل آشلازی، اسکلردرمی، تنگی

ازوفاژ، درگیری ازوفاژ

- شکستگی آتیپیکال فمور

- شکستگی همراه با افت دانسیته استخوان علی رغم انجام درمان مناسب

مدارک لازم جهت ارسال به کمیسیون برای داروی **TRIPARATIDE**:

✓ نسخه پزشک متخصص روماتولوژی، ارتوپدی، غدد و داخلی

✓ ارائه گزارش **BMD**

✓ ارائه مدارک دال بر شکستگی

✓ ارائه سوابق مصرف داروهای مرتبط با پوکی استخوان

## پروتکل درمان Osteoporosis

### اساس درمان استئوپریز

\* کلسیم و ویتامین D

\* در زمان دارودارمانی استئوپریز کنترل BMD هر دو سال یکبار ضروری است.

### BISPHOSPHONATE

بهترین و رایجترین داروها و ترکیبات Bisphosphonate که در رأس آنها Alendronate است که به صورت هفتگی تجویز شده و تا ده سال با کنترل BMD هر دو سال یکبار می توان دارو را ادامه داد البته توصیه می شود یک دوره توقف شش ماهه پس از پنج سال از شروع درمان داشته باشیم.(این دسته دارویی در بیماران با GFR کمتر از ۳۵ سی سی در دقیقه و کراتین بالای ۲ منع مصرف دارند.)

### DENOSUMAB

اخیرا شروع درمان با داروی Denosumab در استئوپریز نیز انجام می شود. لازم به ذکر است در نارسایی کلیه انتخاب اول است.(در نارسایی کلیه زلندرونیک اسید ۵ میلی گرمی منع مصرف دارد)

### ZOLENDRONIC ACID 5MG

در بیماران با مشکلات گوارشی از وفاژیت، اولسرپیتیک که قادر به استفاده از Alendronate نیستند می توان از زلندرونیک اسید تزریقی استفاده نمود (مدارک لازم برای تأیید دارو شامل: ۱) تجویز توسط روماتولوز ۲) شرح حال توسط پزشک داخلی یا گوارش در مورد سابقه بیماری گوارشی و داروهای مصرف شده برای اولسرپیتیک ۳) ارائه سوابق مصرف داروهای خوراکی مرتبط با استئوپریز ۴) گزارش BMD اولیه و جهت تأیید ادامه درمان ارائه گزارش BMD متولی بیمار هر دو سال یکبار

### ROLAXIFEN

این دارو در خانمهای در دهه اول بعد از یائسگی موثر است (بخصوص در استئوپریز ستون مهره ها در بیماران بدون سابقه ترومبوفلبیت می توان استفاده کرد) روزانه ۱ عدد تا دو سال موجب افزایش دانسیته ستون مهره ها و Hip می شود. اما در مردان جایگاهی ندارد (لازم به ذکر است ریسک شکستگی hip با این دارو کم نمی شود).

### CINNOPAR® یا TERIPARATIDE (نوع ایرانی)

این دارو در درمان استئوپریز همراه با شکستگی مناسب است و در افراد با دانسیته کم استخوانی و نیز عدم تحمل یا پاسخگویی به Bisphosphonate انتخاب می شود. آمپول ۲۰ میکروگرم آن روزانه SC تا ۱۸ ماه تجویز می شود (مدارک لازم برای تأیید دارو شامل: ۱) تجویز توسط روماتولوز و یا ارتوپد ۲) گزارش BMD اولیه و جهت تأیید ادامه درمان ارائه گزارش BMD متولی بیمار هر دو سال یکبار ۳) گزارش پزشک معالج برای Compress fracture ۴) رادیوگرافی ستون مهره ها و کمر یا سابقه شکستگی ستون مهره ها بعلت پوکی استخوان)

## نحوه تقبل هزینه داروهای پوکی استخوان

### داروهای تزریقی

نام ایرانی دارو	سطح تأیید	نام خارجی دارو	سطح تأیید
ZOLENDRONIC ACID (5mg) (ZECLAST) <sup>®</sup>	شورای منطقه بدون فرانشیز(هر سال 1 عدد)	ACLASTA <sup>®</sup>	شورای عالی پزشکی تهران
DENUSOMAB (۶۰ میلی گرم)	موجود نیست	PROLIA <sup>®</sup> (۶۰ میلی گرم)	شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز بدون فرانشیز(هر ۶ ماه ۱ عدد) تا ۳ سال
TRIPARATID	شورای عالی پزشکی تهران - کمیسیون پزشکی اهواز هر ماه ۱ عدد تا ۱۸ ماه فرانشیز ۳۰٪	FORTEO <sup>®</sup>	در تعهد نمی باشد.

**تبصره:**

- ۱- تجویز همزمان داروها مورد تأیید نمی باشد.
- ۲- خرید داروها از داروخانه دولتی (فاکتور رسمی) الزامی است.
- ۳- کلیه داروها فقط در صورت توزیع رسمی توسط وزارت بهداشت قابل تأیید و تحويل است.

\*توضیح: این پروتکل ها شامل داروهای تجویزی توسط متخصصین انکولوژی نمی شود.

# پروتکل انسولین های قلمی و متعلقات آن

۱- انواع قلم های انسولین بدون Abasaglar<sup>®</sup>, Lantus<sup>®</sup>, Apidra<sup>®</sup>, Levemir<sup>®</sup>, Humalog<sup>®</sup>, Novorapid<sup>®</sup> فرانشیز و سقف حداکثر ۶ عدد در ماه

۲- قلم با برنده Toujeo<sup>®</sup> بدون فرانشیز و سقف حداکثر ۵ عدد در ماه

۳- قلم با برنده Novomix<sup>®</sup>, Humalog mix بدون فرانشیز و سقف حداکثر ۷ عدد در ماه

۴- کمک هزینه سر سوزن قلم انسولین ماهانه تا سقف یکصد و پنجاه هزار ریال

۵- Exipen<sup>®</sup> هر دو سال یکعدد جهت استفاده از کارتريج های انسولین NPH و رگولاتر

تبصره:

تجویز Novomix<sup>®</sup> به صورت همزمان تنها با سایر قلم های انسولین کوتاه اثر بلامانع است.

## مدارک لازم جهت تشکیل پرونده:

۱. کپی صفحه اول دفترچه بیمار
۲. اخذ آزمایش FBS, 2hpp, HbA1C اخیر بیمار
۳. تکمیل فرم پیوست تکمیل شده توسط متخصص داخلی/ فوق تخصص غدد و تایید شده توسط رئیس پلی کلینیک / رئیس بیمارستان
۴. ثبت در سیستم کمیسیون پزشکی
۵. ثبت در صورت تحويل و یا NIS نمودن قلم های انسولین، به صورت ماهانه در پرونده بیمار و سیستم کمیسیون پزشکی

# پروتکل مصوب داروی Liraglutide

## جهت تأیید در کمیسیون پزشکی تهران-اهواز

- ۱- تجویز توسط پزشک فوق تخصص بیماری های غدد درون ریز و متخصص داخلی
- ۲- در دیابت نوع ۱ قابل تأیید نیست.
- ۳- در تجویز همزمان با انواع انسولین قلمی صرفا نوع ایرانی قابل تأیید است و Victoza قابل تأیید نیست.  
(توجه: تجویز همزمان با انسولین NPH و Regular یا نوع قلمی آنها (Exipen<sup>®</sup>) بلامانع است.)
- ۴- در بیماران دیابت نوع ۲ که حداقل ۳ نوع داروی خوراکی به مدت ۱ سال دریافت کرده باشد و BMI بالای HbA1c و بالای ۸ داشته باشند قابل تأیید است.
- ۵- در تجویز همزمان با داروی Empagliflozin قابل تأیید نیست.
- ۶- در صورتیکه هر ۶ ماه از درمان HbA1c حداقل ۱٪ کاهش داشته باشد می توان درمان را ادامه داد (بعد از ۶ ماه در محدوده کمتر از ۷ باقی بماند).
- ۷- تعداد مورد تأیید در ماه حداکثر ۳ قلم است.
- ۸- در درمان چاقی مورد تأیید نیست.
- ۹- نوع ایرانی بدون فرانشیز و برند Victoza<sup>®</sup> با فرانشیز ۳۰٪

# پروتکل آمپول های تزریقی چشمی

## :AVASTIN®(BEVACIZUMAB) -۱

طبق تعریفه بر اساس مستندات تزریق انجام شده قابل پرداخت است.

## :(AFLIBERCEPT) EYLEA® -۲

### مدارک مورد نیاز جهت تأیید در کمسون پزشکی منطقه:

- ارائه خلاصه شرح عمل انجام شده
- OCT قبل از تزریق که نشان دهنده ادم ماکولا باشد.

### نحوه تقبل هزینه®:Eylea

- |     |  |
|-----|--|
| I   | کل هزینه ۱ عدد آمپول جهت تزریق در دو چشم تا حداکثر دو دوره (۶ تزریق)<br>(هر دوره درمان شامل سه مرحله تزریق به فاصله حداقل یکماه می باشد.)      |
| II  | ٪ ۷۰ هزینه ۱ عدد آمپول برای تزریق در یک چشم حداکثر تا ۲ دوره درمانی (۶ تزریق)(هر دوره درمان شامل سه مرحله تزریق به فاصله حداقل یکماه می باشد.) |
| III | در صورت نیاز به تزریق بیش از این دو دوره در سال با مدارک جدید (OCT های جدید) ارجاع به شورای عالی تهران   |

## (DEXAMETHASON IMPLANT):OZURDEX® -۳

### مدارک مورد نیاز جهت تأیید در شورای عالی پزشکی تهران

- ۱) ارائه خلاصه شرح عمل انجام شده
- ۲) OCT قبل از تزریق که نشان دهنده ادم ماکولا باشد.

### نحوه تقبل هزینه®:Ozurdex

- کل هزینه ۱ عدد آمپول جهت تزریق در یک چشم

## (VERTEPORFIN) VISUDYNE®-۴

**مدارک مورد نیاز جهت تأیید در کمیسیون پزشکی منطقه:**

✓ ارائه شرح عمل انجام شده (جهت انجام لیزر PDT)  
نحوه تقبل هزینه

✓ نصف آمپول جهت هر چشم

**تبصره:**

\* تجویز همزمان این دارو ها مورد تأیید نخواهد بود.

\* سطح تجویز متخصص چشم پزشک و بیمارستانی میباشد.

\* خرید دارو از داروخانه های دولتی یا مراکز مجاز توزیع دارو الزامیست.

# پروتکل قرص DIENOGEST 2mg

## مدارک و شرایط مورد نیاز جهت تأیید:

- ۱- تجویز توسط متخصص زنان
- ۲- سونوگرافی و یا پاتولوژی جدید مبنی بر وجود اندومنتریوز

در صورت وجود مدارک فوق جهت اثبات وجود اندومنتریوز به مدت ۳ ماه و حداقل ۶ ماه (روزی ۱ عدد) از نوع ایرانی مورد تأیید است.

\* لازم به ذکر است تجویز همزمان با داروهای **GNRH Agonists** مورد تأیید نمی باشد.

## پروتکل هورمون رشد

### شرایط تأیید

- ✓ درخواست تجویز دارو توسط فوق تخصص غدد و یا داخلی الزامی است.
- ✓ تأیید توسط شورای عالی پزشکی تهران\_شورای پزشکی اهواز.
- ✓ کمک هزینه در صورت تأیید حداکثر شش میلیون ریال در تعهد سازمان می باشد.
- ✓ دارو در بیماران تا قد ۱۶۰ سانتیمتر برای آقایان و ۱۵۵ برای خانم ها قابل تأیید است.
- ✓ دستورالعمل تأیید هورمون رشد به پیوست ضمیمه شده است.

### دستورالعمل تأیید هورمون رشد

نحوه تأیید دارو			مدارک مورد نیاز			عنوان بیماری	ردیف
حداکثر مدت قابل تأیید	شرط ادامه درمان	دوره قابل تأیید در بدومراجعه	سابر مدارک	گرافی سن استخوان	تست تحریکی هورمون رشد		
حسب نظر پزشک	رشد قدی ۴ حداقل در سانتیمتر در سال باشد	پسکاله	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	-	-	سندرم ترنر_بیماری های دیسورفیک مثل برادر ویلی_نونان_کمبود SHOX_دیسیلازی اسکلتی_بیماران با سایقه تومورهای مغزی که تحت درمان شیمی درمانی و یا رادیوتراپی قرار گرفته اند	۱
حسب نظر پزشک	رشد قدی ۴ حداقل در سانتیمتر در سال باشد	پسکاله	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	+	-	بیماران مبتلا به اختلال رشد همراه با بیماری های مزمун از جمله نارسایی مزمун short_داشتیسم هیپوفیسناستیک آربریت روماتوئید_سیستیک فایبروزیس_بیماران مزمун تحت درمان طولانی مدت با کوتکواستروئید	۲
۲ سال (پس از ۲ سال مجدد در سورای علمی و تخصصی پرسنی و اقدام گردد)	رشد قدی ۴ حداقل در سانتیمتر در سال باشد	پسکاله	کارت پهدادشت شیرخوار (موید تأخیر رشد باشد)	-	-	short شیرخواران مبتلا به gestational age ۴ سالگی کوتاهی قد خود را بر اساس آزمایشات غربالگری اولیه و نمودارهای کارت پهدادشت و سن استخوانی جبران نکرده اند	۳
بر قراری هریک از این ۲ شرط: _ تا رسیدن قد دختر به ۱۵۵ سانتیمتر و پسر به ۱۶۵ سانتیمتر _ یا حداکثر ۲ سال	رشد قدی ۴ حداقل در سانتیمتر در سال باشد	پسکاله	بر اساس سوابق دارویی و پرونده پزشکی بیمار	+	-	بیماران مبتلا به بلوغ زودرس (شروع بلوغ در دختران زیر ۸ سالو در پسران زیر ۹ سال) و با بلوغ نرمال progressive که تحت درمان با اکونیستهای GNRH قرار گرفته اند و در صورتی که رشد قدی کمتر از ۴ سانتیمتر در سال داشته باشند	۴
حسب نظر پزشک	حسب نظر پزشک	پسکاله	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	+	+	شیرخواران مبتلا به بان هیبوبیوتاریسم و یا کمبود ایزوژله هورمون رشد	۵
بر قراری هریک از این ۲ شرط: _ تا رسیدن قد دختر به ۱۵۵ سانتیمتر و پسر به ۱۶۵ سانتیمتر _ یا حداکثر ۲ سال	رشد قدی ۴ حداقل در سانتیمتر در سال باشد	شش ماهه	هر یک از شرط زیر: _ انحراف معیار قدی پائین تر از ۲.۲۵ برای سن و جنس نرمال _ بیش بینی قد نهایی بدون درمان زیر ۱۵۵ برای دختران و ۱۶۵ برای پسران	+	-	کوتاهی قد ایدنوباتیک	۶

۱\_ شمول تعهدات بیمه ای دارو در گروه سنی زیر ۱۸ سال منوط به تجویز دارو توسعه فوق تخصص غدد و یا داخلی می باشد.

۲\_ در افراد بالاتر از سن ۱۸ سال حسب مورد به شورای علمی و تخصصی ارجاع گردد.

۳\_ ارائه و یا تکمیل منحنی رشد قدی استاندارد برای همه بیماران الزامی است.

۴\_ گرافی استخوانی می بايست تأیید کننده نیاز به داروی هورمون رشد باشد.

۵\_ در کوتاهی قد ایدنوباتیک، حداکثر سن استخوانی دختر به ۱۶ سال و در پسر به ۱۶ سال موجب قطع حمایت بیمه ای هورمون رشد می گردد.

# FERRINJECT® پروتکل داروی

## شرایط تأیید:

- ۱) تأیید توسط شورای منطقه
- ۲) آنمی فقر آهن که به درمان خوراکی آهن پاسخ ندهد و یا عدم تحمل گوارشی انواع خوراکی آن
- ۳) آنمی فقر آهن الزاما  $Hb < 10$  و  $Ferritin < 10$
- ۴) تجویز توسط متخصص هماتولوژیست، نفرونولوژیست و یا داخلی
- ۵) بدون فرانشیز

## مدارک مورد نیاز جهت تأیید:

آزمایش CBC و Ferritin اخیر بیمار و یا بنحوی که تاریخ آن بلافاصله قبل از تزریق در هر جلسه باشد.

# پروتکل داروی DACLATASVIR- SOFOSBUVIR

## شرایط تأیید:

- ۱) تأیید توسط کمیسیون پزشکی منطقه
- ۲) تجویز توسط متخصص عفونی-داخلی-گوارش
- ۳) در زمان فعالیت بیماری بدون ایجاد سیروز کبدی روزی ۱ عدد به مدت ۸۴ روز
- ۴) در موارد سیروز کبدی روزی ۱ عدد به مدت ۱۶۸ روز

## مدارک مورد نیاز جهت تأیید:

ارائه مدارک دال بر هپاتیت C فعال و سیروز کبدی

# پروتکل دارویی BOTULISM A TOXIN

## شرایط تأیید:

- ۱) تأیید توسط کمیسیون پزشکی منطقه
- ۲) دیستونی Spasticity و Dystonia (با تجویز و تشخیص متخصص نورولوژی): حداکثر هر سه ماه یکعدد ویال ۵۰۰ واحد
- ۳) میگرن مقاوم به درمانهای متعارف قبلی (با تجویز و تشخیص متخصص نورولوژی): حداکثر یکعدد ویال ۵۰۰ واحدی در سال
- ۴) سیالوره (با تجویز و تشخیص متخصص نورولوژی): حداکثر هر ۶ ماه یکعدد تا ۲ سال
- ۵) شقاق مقاوم به درمانهای متعارف و عدم امکان جراحی (تجویز و تشخیص متخصص داخلی و گوارش): یکعدد ویال ۵۰۰ واحدی برای یکبار
- ۶) مثانه نورولوژنیک (با تجویز و تشخیص متخصص ارولوژی و نورولوژی) هر ۶ ماه یکعدد ویال ۵۰۰ واحدی جهت یکسال (حداکثر ۲ ویال)

✓ در موارد مصرف در میگرن و شقاق حداکثر سقف قیمت نوع ایرانی دارو MASPORT<sup>®</sup>, مورد تأیید میباشد.

## پروتکل تجویز داروهای مورد مصرف در درمان کووید ۱۹

ردیف	نام دارو	مبلغ (هر عدد) ریال	تعداد در هر دوره بیماری	سطح تجویز	توضیحات
۱	FAVIPIRAVIR	۱۹۵/۰۰۰	حداکثر ۶۰ عدد	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران سرپائی و بستری بر اساس RT-PCR Chest CT
۲	REMDESIVIRE INJ	۷/۰۰۰/۰۰۰ هندی ۱۳/۴۰۰/۰۰۰	۶ عدد و حداکثر ۱۱ عدد	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران سرپائی و بستری بر اساس RT-PCR Chest CT $Spo_2 < 93$
۳	ATAZANAVIR	۴۸/۸۰۰	۷ عدد و حداکثر ۱۴ عدد	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران سرپائی و بستری بر اساس RT-PCR Chest CT
۴	SOVODAC® یا SOFOSBOVIR/ DACLAZAVIR	۳۳/۰۰۰	۷ عدد و حداکثر ۱۰ عدد	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران سرپائی و بستری بر اساس RT-PCR Chest CT
۵	INTERFERON B (RECIGEN®)	۱/۰۴۵/۵۰۰	۵ عدد و حداکثر ۷ عدد	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران سرپائی و بستری بر اساس RT-PCR Chest CT
۶	TOCILIZUMAB INJ	۲۱/۳۸۴/۰۰۰	۱ عدد و حداکثر ۲ عدد (حداکثر دوز 8MG/KG)	متخصص عفونی-داخلی- اینتنسیویست	بیماران بستری ( فقط در موارد مقاوم به سایر داروها و به شرط بالا بودن CRP ( $> IL6$ )

\* در خصوص داروهای بیمارستانی ارائه فاکتور رسمی بیمارستان الزامی است.

\* لازم بذکر است تجویز همزمان داروهای آنتی وایرال مورد تایید نمیباشد.

در تایید هخزینه های داروهای وارداتی ارائه فاکتور رسمی الزامی است.

## فرم تشکیل پرونده

داروهای شیمی درمانی - گروه ۱



بهداشت و درمان صنعت نفت

تاریخ:	محل اشتغال:	شماره پرسنلی:	نام و نام خانوادگی:
شماره تماس :	سن:	نسبت :	

تشخیص بیماری:

سطح بدن:	قد:	وزن:
نام رژیم دارویی:		

طول زمان درمان	تعداد دوره درمان	فاصله بین کورس ها	دوز دارو	نام دارو

مهر و امضاء پزشک معالج ( انکولوژیست):

تاریخ:

اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد

مهر و امضاء رئیس پایی کلینیک / رئیس بیمارستان:

\* مهر و امضای رئیس خدمات دارویی / پزشک مشاور (تهران - اهواز):

اطلاعات مورد نیاز کمیسیون، کامل است.

مهر و امضاء داروساز:

تاریخ ثبت:	اطلاعات فوق در سیستم کمیسیون پزشکی ثبت گردید:
شماره ثبت:	
مهر و امضاء مسئول ثبت:	

## فرم تشکیل پرونده

فرم تشکیل پرونده (قلم های انسولین)



بهداشت و درمان صنعت نفت

تاریخ:	محل اشتغال:	شماره پرسنلی:	نام و نام خانوادگی:
شماره تماس:	سن:	نسبت:	
نام قلم های درخواستی:			
FBS:	A <sub>1</sub> C:	2hpp:	تشخیص:
مقدار مصرف دارو ( تعداد واحد در روز ):			
طول مدت درمان :		تعداد قلم در ماه :	
در صورت لزوم سایر نظرات تخصصی: نداده است:		<ul style="list-style-type: none"> <li>-۱</li> <li>-۲</li> <li>-۳</li> </ul>	
اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد			
مهر و امضاء رئیس پلی کلینیک / رئیس بیمارستان: * مهر و امضای رئیس بخش داخلی / پزشک معتمد بخش داخلی (تهران - اهواز):			
اطلاعات مورد نیاز کمیسیون، کامل است.			
مهر و امضاء داروساز: تاریخ ثبت: شماره ثبت: مهر و امضاء مسئول ثبت:			
اطلاعات فوق در سیستم کمیسیون پزشکی ثبت گردید:			

## فرم تشکیل پرونده

جهت داروها با سطح تجویز تشکیل پرونده



بهداشت و درمان صنعت نفت

تاریخ:	محل اشتغال:	شماره پرسنلی:	نام و نام خانوادگی:
شماره تماس:	سن:	نسبت:	نام و شکل دارو/داروهای درخواستی:
تشخیص:			
طول مدت درمان:	میزان مصرف دارو:		
در صورت لزوم سایر نظرات تخصصی:	نام داروهای مصرف شده قبلی که بیمار به درمان با آنها پاسخ نداده است:		
مهر و امضاء پزشک معالج:	-		
اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد			
مهر و امضاء رئیس پلی کلینیک / رئیس بیمارستان / پزشک معتمد:			
* مهر و امضای رئیس خدمات دارویی (تهران-اهواز):			
اطلاعات مورد نیاز تشکیل پرونده ، کامل است.			
مهر و امضاء داروساز:			