۱۴۰۲.۱

پروتکل های دارویی

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت

امور دارویی سازمان

۱۴۰۲.۱

فهرست

پروتکل داروهاي شيمي درماني ٤

پروتکل داروی PEMBROLIZUMAB(ZAKARIA) ١٠

پروتکل داروی PERTUZUMAB(PECTUNA) ١١

پروتکل داروهای RIVAROXABAN (١٠-١٥-٢٠ MG) و APIXABAN(٢,٥-٥ MG) ١٢

پروتکل دارویی RIVAROXABAN (٢,٥MG) ١٣

پروتکل دارویی PLAVIX®/ZYLT® و TICAGRELOR... ١٤

پروتکل دارویی EPLERENON(٢٥-٥٠ MG) ١٥

پروتکل داروهاي بيولوژيك در درمان بيماري هاي روماتولوژي ١٦

پروتکل داروهای نفرولوژی ١٨

پروتکل داروهايMS ٢٢

پروتکل دارويي OCRELIZUMAB (XACREL)... ٢٣

پروتکل داروهای تزریقی مرتبط با پوکی استخوان.. ٢٤

پروتکل انسولین های قلمی و متعلقات آن ٢٩

پروتکل مصوب داروي LIRAGLUTIDE... ٣٠

پروتکل آمپول هاي تزريقي چشمي ٣١

پروتکل قرص DIENOGEST ٢MG... ٣٣

پروتکل هورمون رشد ٣٤

پروتکل داروي FERRIC CARBOXY MALTOSE ٣٦

پروتکل داروي DACLATASVIR-SOFOSBUVIR ۳۷
پروتکل داروي BOTULISM A TOXIN ۳۸
پروتکل داروهای مورد مصرف کووید ۳۹
پروتکل داروي رمدسیویر REMDESIVIR ۴۰
پروتکل داروی TOCILIZUMAB ۴۲
پروتکل داروی EVOLOCUMAB ۴۴
پروتکل داروی SUGAMMADEX ۴۵
پروتکل داروی ۳۰،۵۰،۷۰ LISDEXAMPHETAMINE ۴۷
پروتکل داروي ۷,۵ LEUPRORELIN ACETATE ۴۸

پروتکل داروهاي شيمي درماني

داروهای گروه ۱:

<u>سطح تایید</u>

تشکیل پرونده / کمیسیون پزشکی (طبق پروتکل)

<u>مدارک لازم جهت تشکیل پرونده</u>

۱– ارائه پاتولوژی یا سیتولوژی، CT اسکن و MRI

۲- ارائه فرم تکمیل شده پروتکل شیمی درمانی پیوست توسط پزشک متخصص معالج (الزاما انکولوژیست) و ثبت در سیستم کمیسیون پزشکی

<u>نحوه تقبل هزینه</u>

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.)

Bevacizumab
(Stivant-Avastin)R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Metastaticcolonca	۵-۱۰mg/kg هر دوهفته تا ۱۲ دوره متوالی	همزمان با رژیم FOLFOX or FOLFIRI
۲	Metastaticcolonca	۵-۱۰mg/kg هر سه هفته تا ۱۲ دوره متوالی	همزمان با زلودا
۳	Metastatic ovarianca	۵-۱۰mg/kg هر سه هفته تا ۲۴-۲۱کورس متوالی	
۴	Adenocarcinom Lung	۵mg/kg هر سه هفته	
۵	Glioblastoma	۱۰mg/kg هر دو هفته	

Bortezomib
(Alvocade-Velcade) R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Lymphoma (لوگرید)	هفته ای ۱ عدد تا حداکثر ۳۲ هفته متوالی	در صورت نیاز به درمان Maintenance از دوز هفته ای یک عدد شروع و سپس هر ۲ هفته و سپس هر ماه یک عدد تا حداکثر ۲ سال ارائه دارد

Cetuximab
(Erbitux) R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	colonca	با دوز ۵۰۰mg/m۲ هر دوهفته	به شرط ارائه گزارش -wide type NRAS KRAS
۲	کارسینوم حنجره و سروگردن همزمان با رادیوتراپی	با دوز ۲۵۰mg/m۲ هر هفته تا شش هفته متوالی یا بیشتر	
۳	کارسینوم حنجره و سروگردن همزمان با کموتراپی	با دوز ۲۵۰mg/m۲ هر دو هفته متوالی	

Erlotinib
(Tarceva) R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	کانسر پانکراس	با دوز روزانه ۱۵۰mg حداکثر	
۲	آدنوکارسینوم ریه	با دوز روزانه ۱۵۰mg حداکثر	به شرط گزارش EGFR(+)

Everolimus
(Neorapa-Affinitor) R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	MetastaticBreastca	بازدوز روزانه ۱۰mg حداکثر	به شرط مثبت بودن PR-ER در آزمایش (لاین ۲ و ۳ درمان میباشد)
۲	Lymphoma	با دوز روزانه ۱۰mg	به عنوان لاین ۳ درمان میباشد
۳	NET	دوز روزانه ۱۰mg	در صورت عدم گاسخ به داروی Sandustatin LAR

Sunitinib
(Sutent) R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Renall cell ca	بازدوز روزانه ۵۰mg سه هفته و دو هفته OFF یا ۳۷/۵mgروزانه به شکل مداوم	در موارد progressive بیماری دوز ٦٢/٥ mg روزانه به شکل مداوم
۲	Alveolar Sarcoma	با دوز روزانه ۵۰mg	به شرط PDGFR مثبت
۳	GIST	با دوز روزانه ۵۰mg	به عنوان لاین دوم درمان

Nilotinib
(Nilota-Tasigna) R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دوز مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	CML	با دوز روزانه حداکثر ۸۰۰mg	به عنوان لاین ۲ در درمان به شرط ارائه گزارش PCRABL که دلیل شکست درمان با Imatinib است

Palbociclib
(Ibranc)R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	MetastaticBreastca	با دوز روزانه حداکثر ۱۲۵mg	به شرط ارائه گزارش ER و PR مثبت و HER_2 منفی و در خط اول درمان کنار داروی تروزول و یا اگزستان

Rituximab
(Zytux-Mabthera) R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Lymphoma	با دوز ۳۷۵mg/m۲ هر دو تا سه هفته تا هشت دوره متوالی	به شرط ارائه گزارش CD_{20} مثبت
۲	Lymphoma	با دوز ۳۷۵mg/m۲ هر دو ماه تا دو سال	در درمان Maintenance
۳	ITP	با دوز ۳۷۵mg/m۲ هر دو هفتها چهار متوالی	به عنوا خط اول درمان
۴	CLL	با دوز ۵۰۰mg/m۲ به عنوان دوز اولیه سپس ۳۷۵mg/mz هر سه هفته	

Geftinib

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Lung ca	با دوز روزانه ۲۵۰mg	به شرط ارائه گزارش EGFR مثبت

Temozo Lomido
(Glidar-Temodal) R

جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	GBM (گلیوبلاستوما)	با دوز روزانه حداکثر ۷۵mg/m۲ تا ٦ هفته ۱۲۵-۱۵۰ mg/m۲در سیکل ۲۸ دوز فقط ۵ دوز اول تا حداقل ٦ سیکل	همزمان با رادیوتراپی
۲	کانسرهای متاستانیک به مغز	با دوز روزانه حداکثر ۷۵mg/m۲ تا دو هفته ۱۲۵-۱۵۰ mg/m۲در سیکل ۲۸ دوز فقط ۵ دوز اول تا حداقل ٦ سیکل	همزمان با رادیوتراپی
۳	NET	با دوز روزانه حداکثر ۷۵mg/m۲ تا دو هفته ۱۲۵-۱۵۰ mg/m۲در سیکل ۲۸ دوز فقط ۵ دوز اول تا حداقل ٦ سیکل (همزمان پازلودا)	همزمان با رادیوتراپی
۴	Melanama	با دوز روزانه حداکثر ۷۵mg/m۲ تا دو هفته ۱۲۵-۱۵۰ mg/m۲در سیکل ۲۸ دوز فقط ۵ دوز اول تا حداقل ٦ سیکل	همزمان با رادیوتراپی

Trastuzumab
(Aryothust-Herceptin) R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	Breast ca	دوز اول ۸mg/kg و سپس ٦mg/kg هر سه هفته تا یک سال	به شرط ارائه آزمایش HRE_2 که +۳ باشد یا گزارش FISH و CISH مثبت باشد لازم به ذکر است در گزارش اکوی قلبی بیمار بعد از هر ۳ تا ٤ جلسه باید EF>50 باشد در غیر این صورت ادامخ درمان با دارو مورد تایید نخواهد بود
		یا دوز اول ٦mg و سپس ٤mg هر دو هفته	

Sorafinib
(Nexavar) R
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	HCC(هپاتوسلارکارسمفویا)	دوز روزانه ۸۰۰mg	
۲	کانسر پاپیلاری تیروئید متاستاتیک		

Anagnilide
جهت تایید در شورای پزشکی منطقه (نوع ایرانی)

ردیف	اندیکاسیون ها	دور مصرف و طول درمان	توضیحات
۱	ET	دوز بر اساس آزمایش پلاکت بیمار مشخص میشود	به شرط بالا بودن پلاکت اولیه (بالاتر از ۱/۰۰۰/۰۰۰)

داروهای گروه ۲ :

سطح تایید

شورای عالی پزشکی تهران – کمیسیون پزشکی اهواز

مدارک و شرایط لازم جهت تأیید:

۱- ارائه پاتولوژی یا سیتولوژی، 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 تسریع در امر تایید مدارک بیمار مستقیما 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

O - 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.)

پروتکل داروی
(ZAKARIA)PEMBROLIZUMAB

(جهت تایید در شورای تهران–اهواز)

۱-کانسر (NON SMALL CELL(S.C.C,ADENOCARCINOMA متاستاتیک فقط به شرط منفی بودن مطالعات مولکولی و + PDL به عنوان خط اول درمان

۲- در ملانوم پوستی متاستاتیک

۳- در کانسر کولون متاستاتیک فقط در صورتیکه MSI-H باشد(به عنوان خط اول درمان بصورت مونوتراپی)

۴-در کانسر مری و معده متاستاتیک در صورتیکه MSI-H باشد یا + PDL باشد (بصورت مونوتراپی یا ترکیبی با کموتراپی)

شرایط تایید:

در کلیه موارد فوق رای ۳ ماهه صادر می شود و هر ۳ ماه یکبار گزارش ارزیابی پاسخ به درمان ارائه و بررسی می شود.

در صورتیکه پاسخ به درمان مثبت باشد جهت ۳ ماه بعد تا حداکثر ۲ سال تایید می شود.

بدیهی است در صورت پاسخ منفی به درمان تمدید رای انجام نخواهد شد.

تبصره: در سایر موارد بجز موارد فوق پرونده به شورای عالی ارجاع می گردد.

پروتکل داروی PERTUZUMAB(PECTUNA)

(جهت تایید در شورای تهران–اهواز)

۱- در کانسر BREAST ، 3+ HER 2 بعنوان درمان ادجوانت یا غیر ادجوانت فقط به شرطهای زیر:

الف) سایز توده بیشتر از ۲CM

یا

ب) + AXILLARY LN

حداکثر به مدت یکسال هر ۳ هفته یکبار

۲-در کانسر BREAST متاستاتیک با شرایط فوق

طول درمان تا ایجاد کاردیوتوکسیسیتی یا پیشرفت بیماری می باشد.

دوز اول ۸۴۰ میلی گرم و سپس هر ۳ هفته ۴۲۰ میلی گرم می باشد.

بدیهی است سایر موارد جهت بررسی به شورای عالی ارسال گردد.

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 (۱۰-۱۵-۲۰ mg) RIVAROXABAN و APIXABAN(۲,۵-۵ mg)

۱- تجویز توسط متخصص قلب و عروق، ارتوپد، داخلی، نورولوژی، نفرولوژی، عفونی(در موارد کووید)

۲- موارد مصرف:

- ✓ مصارف طولانی مدت مانند پروفیلاکسی در بیماران AF، **درمان** DVT/PE های مکرر
- ✓ در درمان DVT/PE های مکرر بیماران کانسری بجز کانسر(Gastro Intestinal)به شرطی قابل تأیید است که مقادیر Plt **بالای ۵۰/۰۰۰ باشد**
- ✓ 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
- ✓ در موارد CVA حسب صلاحدید نورولوژیست

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 دربیمار Child Pugh B,C و Apixaban دربیمار با شرایط کبدی Child Pugh C منع مصرف دارند.

۳- وزن بالای ۱۲۰ کیلو یاBMI ≥40منع مصرف کلی این دو دارو است.

٤- **تبصره:** بدیهی است تجویز همزمان دو دارو مورد تأیید نخواهد بود.

پروتکل داروی RIVAROXABAN(۲,۵mg)

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 تشکیل پرونده:

✓ گزارش آنژیوگرافی و آنژیوپلاست

پروتکل دارویی PLAVIX®/ZYLT® و TICAGRELOR

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

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

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

- حداکثر تا دو سال بعد از آخرین تاریخ انجام PCI (استنت گذاری عروق کرونر، کاروتید یا آئورت شکمی و یا عروق محیطی روزی ۱ عدد حداکثر ۷۲۰ عدد)
- حداکثر تا ۶ ماه بعد از POST MI
- حداکثر تا ۶ ماه بعد از CVA (روزی ۱ عدد حداکثر ۱۸۰ عدد)

تأیید داروی TICAGRELOR (از نوع ایرانی)تشکیل پرونده:(قرص خوراکی ۶۰mg و ۹۰ 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 COMPLEX PCI شامل ضایعه BIFORCATION STENTING, CTO, LM
۴- بیماران CVA با سابقه حساسیت به آسپیرین و TIA های مکرر به مدت یکماه (روزی ۲ عدد حداکثر ۶۰ عدد)
۵- در خصوص دوز ۶۰ میلی گرم به صورت موردی تصمیم گیری شود.

مدارک مورد نیاز جهت تایید:

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(۲۵-۵۰ mg)

تشکیل پرونده

- ✓ تجویز قلب و عروق،نفرولوژی
- ✓ دوز مصرف حداکثر روزی ۱ عدد
- ✓ بدون فرانشیز

پروتکل داروهاي بيولوژيك در درمان بيماري هاي روماتولوژي

(RITUXIMAB- ADALIMUMAB- INFLIXIMAB- ETANERCEPT)

(ارجاع به شورای عالی پزشکی تهران و کمسیون 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 DAMARD، MTX، SULFASULAZIN، LEFLUNOMIDE) همراه با ذکر دقیق دوز دارو و طول درمان با این داروها و میزان پاسخ به آن ها

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®) (۲۵ و ۵۰ 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 تعدیل می گردد.)	تهران–اهواز بدون فرانشیز
۳	INFLIXIMAB	در هفته های صفر و دوم و ششم و سپس هر ۲ماه با دوز ۳-۵mg/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 سپس 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 ۸۰۰MG(نوع ایرانی)

درمان هایپرفسفاتمی - با تجویز نفرولوژیست

مدارک لازم جهت تأیید: آزمایش حاوی -PTH-CreatininP-Ca-VitD۲۵(OH)

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 تنهایی بالاتر از ۵/۵ باشد به صلاحدید نفرولوژیست

دوز مصرفی و طول درمان:

طبق تجویز نفرولوژ معمولاً روزی ۳ عدد،در مقادیر P بالاتر از ۷/۵ تا حداکثر روزی ۶ عدد، معمولاً جهت ۲ ماه تأیید می‌شود.(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 مقدارP بیمار زیر ۳/۵ باشد در هر شرایطی دارو تأیید نمی‌شود 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 Ca-P- PTH وVit D

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 مقدارDVit)

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 باشدسیناکلست تأییدنمی شود.

دوز دارو و طول درمان:

تا ارائه آزمایشات جدید روزی ۱ عدد تا ۱ ماه تأیید شود.

(معمولاً 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.)

برند ®MIMPARA:

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

۳- VALGANCYCLOVIR ۴۵۰MG

شرایطتأیید:

درمان و پروفیلاکسی CMV- تجویز نفرولوژ و متخصص پیوند اعضا

- **جهت پروفیلاکسی:** بلافاصله بعد از انجام پیوند روزی ۲ عدد در صورت نیاز و یا تجویز متخصص مربوطه حداکثر تا ۶ ماه مورد تأیید است .
- **جهت درمان:**بر اساس یکی از آزمایشات ذیل

۱. IgM
۲. IgG ۴ برابر مقادیر پایه باشد
۳. PCR CMV
۴. پاتولوژی
۵. Ag CMV
۶. بیوبسی کلیه

دوز دارو و طول درمان:

برای مدت ۱ ماه دوز mg/kg ۱۵ 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.

۴- GANCICLOVIR ۵۰۰MG

تایید شورای پزشکی تهران-اهواز

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 ممهور 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 mg/kg ۱/۵تجویز 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 ممهور 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 مادام العمر تأیید می‌گردد.

RITUXIMAB ۵۰۰MG -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

(نارسایی کلیه–دیالیز–پیوند)

نام ایرانی دارو	سطح تأیید	نام خارجی دارو	سطح تأیید
Sevelamer Sevelagen®	تشکیل پرونده براساس پروتکل	**Renagel® Renvela®**	شورای تهران- اهواز
Cinnacalcet	تشکیل پرونده براساس پروتکل	**Mimpara®**	شورای عالی تهران
Valgancyclovir	کمیسیون پزشکی منطقه (تا یکماه طبق پروتکل) ادامه درمان شورای تهران- اهواز	**Valcyte®**	شورای عالی تهران
نوع ایرانی موجود نمی باشد.		**Ganciclovir**	شورای تهران- اهواز
نوع ایرانی موجود نمی باشد.		**ATG®**	شورای تهران- اهواز
داروهای ایمونوساپرسیو شامل:			
Ciclosporin Iminoral®	تشکیل پرونده	**Neoral®**	شورای تهران-اهواز
Mycophenolate (Citogan®)	تشکیل پرونده	**Suprimun® Cellcept® Myfortic®**	کمیسیون پزشکی منطقه
Tacrolimus	تشکیل پرونده	**Prograf®**	کمیسیون پزشکی منطقه
Sirulimus	موجود نیست	**Rapamun®**	شورای تهران-اهواز
Everolimus	**Rolima®**	**Neorapa® Affinitor®**	فقط در آنکولوژی مصرف گردد.
Everolimus	موجود نیست	**Certican®** در پیوند کبد	شورای عالی پزشکی تهران
Rituximab	شورای تهران-اهواز	**Mabthera®**	در تعهد نمی باشد.
HBIG	در پیوند کبد در پایه هپاتیتB		طبق پروتکل

پروتکل داروهايMS

نام برند ایرانی دارو	سطح تأیید	نام برند خارجی دارو	سطح تأیید
گروه اول – داروهای تزریقی			
ACTOFERON®, ZIFERON® یک روز در میان ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	BETAFERON®	شورای پزشکی منطقه فرانشیز ۵٪
RECIGEN® یک روز در میان ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	REBIF®	تهران – اهواز فرانشیز ۵٪
ACTOVEX® CINNOVEX® هفته ای ۱ عدد	شورای منطقه بدون فرانشیز	AVONEX®	شورای عالی فرانشیز ۵٪
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®	فعلاًموجودنیست

گروه سوم–خط دوم درمان جهت بیماران مقاوم به درمان			
NATALIZUMAB ٦ ماه اول: ماهانه یکعدد ٦ ماه دوم: هر ٤٥ روز یکعدد از سال دوم: هر دو ماه یکعدد	موجود نیست	TYSABRI®	**شورای عالی تهران** **سال اول و سال دوم بدون فرانشیز**
OCRELIZUMAB	XACREL®	OCREVUS®	**شورای عالی تهران**
گروه چهارم–داروی مکمل MS			
FAMPRIDIN حداکثر دوز روزی ٢ عدد	**کمیسیون پزشکی مناطق**	FAMPYRA®	**درتعهد نمی باشد**
گروههای پنجم–داروی متفرقه MS			
IVIG بر اساس وزن بیمار	**کمیسیون پزشکی مناطق** **بدون فرانشیز**		
RITUXIMAB	**تهران–اهواز** **بدون فرانشیز**	MABTHERA®	**شورای عالی تهران** **فرانشیز ١٠٪**
MITOXANTRONE	**تهران–اهواز** **بدون فرانشیز**		

تبصره

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

٢) تجویز همزمان دو دارو از دو رده بطور همزمان مورد تأیید نمی‌باشد.(بجز داروی مکمل FAMPIRIDIN)

پروتکل دارویی OCRELIZUMAB(XACREL)

مولتیپل اسکلروزیس،عود کننده یا پیشرونده اولیه

تزریق وریدی: ٣٠٠ میلی گرم در روز اول ،سپس ٣٠٠ میلی گرم دو هفته بعد تکرار شود:سپس دوزهای بعدی ۶٠٠ میلی گرم هر ۶ ماه یک بار تکرار شود(شش ماه بعد از اواین دوز ٣٠٠ میلی گرم)

پروتکل داروهای تزریقی مرتبط با پوکی استخوان

(CINNAPAR®–PROLIA®–ZALENDRONIC ACID)

:ZALENDRONIC ACID ٥MG

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

:DENOSUMAB (ARYLIA®)

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 در بیمارانی که Tscore≤-2.5دارند و بدلیل نارسائی کلیه امکان مصرف بیس فسفونات ها را ندارند(ارائه آزمایش Creatinine)
- ✓ بیمارانی که شکستگی پاتولوژیک دارند
- ✓ هر ۶ ماه ۱ عدد
- ✓ ارائه سوابق مصرف داروهای مرتبط با پوکی استخوان
- ✓ طول مدت درمان حداکثر ۵ سال می باشد.

:**<u>TRIPARATIDE</u>(CINNOPAR®)**

۲۰ mcg SC daily MAX ۲ year

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

۱) Tscor≤-۳,۵
۲) سابقه شکستگی های متعدد یا شدید
۳) Tscor≤-۲,۵ همراه با حداقل یک شکستگی
۴) حداکثر مدت مصرف دارو ۲ سال می باشد.
۵) مصرف همزمان دو داروی پوکی استخوان مورد تایید نمی باشد.

- 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 آشالازی،اسکلردرمی،تنگی ازوفاژ، درگیری ازوفاژ
- شکستگی آتیپیکال فمور
- شکستگی یا افت دانسیته استخوان علی رغم انجام درمان مناسب

مدارک لازم جهت ارسال به کمیسیون برای داروی TRIPARATIDE:

✓نسخه پزشک متخصص روماتولوژی، غدد و داخلی
✓ارائه گزارش BMD
✓ ارائه مدارک دال بر شکستگی
✓ارائه سوابق مصرف داروهای مرتبط با پوکی استخوان

موارد کنترااندیکاسیون:

✓ کودک یا نوجوانی که اپی فیز بسته نشده است.
✓ استئوسارکوما
✓ هایپرپاراتیروئید اولیه یا ثانویه حتی با BMD پایین
✓ اختلالات هایپرکلسمی ناشی از بدخیمی (تشدید هایپرکلسمی)

- ✓ پاژه
- ✓ نارسایی کلیه
- ✓ سنگ کلیه
- ✓ بدخیمی غیراستخوانی
- ✓ سطح بالای آلکالین فسفاتاز
- ✓ متاستاز/بدخیمی استخوانی/سابقه پرتودرمانی

پروتکل درمان

Osteoporosis

اساس درمان استئوپرز

*کلسیم و ویتامین D

* در زمان دارودرمانی استئوپرز 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 استئوپرز نیزانجام 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 ۵MG

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

ROLAXIFEN

این دارو در خانمها در دهه اول بعد از یائسگی موثر است (بخصوص در استئوپرز 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.)

TERIPARATIDE یا ®CINNOPAR (نوع ایرانی)

این دارو در درمان استئوپرز 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 روماتولوژ و یا ارتوپد ۲) گزارش BMD اولیه و جهت تأییدادامه درمان ارائه گزارش BMD متوالی 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)®(CLASTOZ)®	شوراي منطقه بدون فرانشیز(هرسال ۱ عدد)	ACLASTA®	شوراي عالي پزشكي تهران
ARYLIA®	شورای عالی پزشکی تهران – کمیسیون پزشکی اهواز بدون فرانشیز(هر ۶ ماه ۱ عدد) تا ۵ سال	PROLIA® (۶۰ میلی گرم)	در تعهد نمی باشد.
TRIPARATID	شورای عالی پزشکی تهران – کمیسیون پزشکی اهواز هر ماه ۱ عدد تا ۱۸ ماه بدون فرانشیز	FORTEO®	در تعهد نمی باشد.

تبصره:

۱- تجویز همزمان داروها مورد تأیید نمی‌باشد.

۲–خرید داروها از داروخانه دولتی (فاکتور رسمی) الزامی است.

۳–کلیه داروها فقط در صورت توزیع رسمی توسط وزارت بهداشت قابل تأیید و تحویل است.

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

پروتکل انسولین های قلمی و متعلقات آن

۱- انـواع قلـم هـای انسـولین ®Lantus, ®Abasaglar, ®Novorapid, ®Humalog, ®Levemir, ®Apidra , بـدون فرانشیز و سقف حداکثر ۶ عدد در ماه

۲- قلم با برند ®Toujeo بدون فرانشیز و سقف حداکثر ۵ عدد در ماه

۳- قلم با برند ®Humalog mix , ®Novomix و ®Basalin بدون فرانشیز و سقف حداکثر ۷ عدد در ماه

۴- کمک هزینه سر سوزن قلم انسولین ماهانه تا سقف ششصد هزار ریال

۵- ®Exipen هر دو سال یکعدد جهت استفاده از کارتریج های انسولین NPH و رگولار

تبصره:

تجویز ®Novomix 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, ۲hpp, HbA۱C اخیر بیمار
۳. تکمیل فرم پیوست تکمیل شده توسط متخصص داخلی/فوق تخصصغدد و تایید شده توسط رییس پلی کلینیک/رییس بیمارستان
۴. ثبت در سیستم کمیسیون پزشکی
۵. ثبت در صورت تحویل و یا NIS نمودن قلم های انسولین، به صورت ماهانه در پرونده بیمار و سیستم کمیسیون پزشکی

پروتکل مصوب داروي Liraglutide

جهت تشکیل پرونده و تایید در سطح شورای تهران و اهواز

۱- تجویز توسط پزشک فوق تخصص بیماری های غدد درون ریز و متخصص داخلی

۲- برای درمان دیابت نوع ۱، چاقی، کبد چرب مورد تایید نمی باشد.

۳- بیماران دیابت نوع ۲ که سه یا چهار داروی خوراکی با دوز کافی استفاده نموده و BMI بالای ۳۵ و HbA1c بالای ۹داشته باشند قابل تأیید است.

۴- بیماران دیابت نوع ۲ که دچار عوارض کاردیووسکولار ، مغزی و کلیوی شده اند.

۵- در موارد eGFR <۱۵ mL/min/۱.۷۳ m۲ مورد تایید نمی باشد.

برای تمام موارد فوق نیاز به مستندات آزمایشگاهی می باشد. همچنین مدارک دال بر CVA، گرفتگی عروق در آنژیوگرافی، شواهد آزمایشگاهی نارسایی کلیوی و پروتئینوری ارائه گردد.

۶- در صورتیکه ۶ ماه بعد از شروع درمان،HbA1c حداقل ٪۱ کاهش یا BMI حداقل ۲ واحد کاهش نداشته باشد ادامه درمان مورد تایید نمی باشد.

۷- تعداد مورد تأیید در ماه حداکثر۳ قلم است.

پروتکل آمپول هاي تزريقي چشمي

۱- AVASTIN®(BEVACIZUMAB):

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

۲- TYALIA® (AFLIBERCEPT):

مدارک مورد نیاز جهت تشکیل پرونده :

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

نحوه تقبل هزینه:

I. کل هزینه ۱ عدد آمپول جهت تزریق در دو چشم تا حداکثر دو دوره (۶ تزریق) (هر دوره درمان شامل سه مرحله تزریق به فاصله حداقل یکماهمی باشد.)

II. ۸۰٪ هزینه ۱ عدد آمپول برایتزریق در یک چشم حداکثر تا ۲ دوره درمانی (۶ تزریق)(هر دوره درمان شامل سه مرحله تزریق به فاصله حداقل یکماهمی 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

۳- OZURDEX® (DEXAMETHASON IMPLANT):

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

- نیاز به قطع داروهای ضد انعقاد نمی باشد.
- تجویز انتی بیوتیک موضعی قبل از عمل لازم نمی باشد.

موارد منع مصرف:

عفونت های پلک وسطح چشم از جمله قرنیه، ملتحمه و صلبیه

۴-VISUDYNE® (VERTEPORFIN)

مدارک مورد نیاز جهت تأیید در کمسیون پزشکی منطقه:

- ✓ ارائه شرح عمل انجام شده (جهت انجام لیزر PDT)
نحوه تقبل هزینه
- ✓ نصف آمپول جهت هر چشم

تبصره:

* تجویز همزمان این داروها مورد تأیید نخواهد بود.

* سطح تجویز متخصص چشم پزشک و بیمارستانی میباشد.

*خرید دارو از داروخانه هاي دولتي يا مراكز مجاز توزيع دارو الزاميست.

پروتکل قرص DIENOGEST 2mg

مدارک و شرایط موردنیاز جهت تأیید:

۱- تجویز توسط متخصص زنان

۲- سونوگرافی و یا پاتولوژی جدید مبنی بر وجود اندومتریوز

در صورت وجود مدارک فوق جهت اثبات وجود اندومتریوز به مدت ۳ ماه و حداکثر ۶ ماه (روزی ۱ عدد) از نوعایرانی 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							
ردیف	عنوان بیماری	مدارک مورد نیاز			نحوه تأیید دارو		
		تست تحریکی هورمون رشد	گرافی سن استخوان	سایر مدارک	دوره قابل تأیید در بدو مراجعه	شرط ادامه درمان	حداکثر مدت قابل تأیید
۱	سندرم ترنر_ بیماری های دیسورفیک مثل برادر ویلی_ نونان_ کمبود SHOX_دیسپلازی اسکلتی_ بیماران با سابقه تومورهای مغزی که تحت درمان شیمی درمانی و یا رادیوتراپی قرار گرفته اند	-	-	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	یکساله	رشد قدی حداقل ۴ سانتیمتر در سال باشد	حسب نظر پزشک
۲	بیماران مبتلا به اختلال رشد همراه با بیماری های مزمن از جمله نارسایی مزمن کلیوی_ راشیتیسم هیپوفسفاتمیک_ short bowel syndrome_ آرتریت روماتوئید_ سیستیک فایبروزیس_ بیماران مزمن تحت درمان طولانی مدت با کورتیکواستروئید	-	+	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	یکساله	رشد قدی حداقل ۴ سانتیمتر در سال باشد	حسب نظر پزشک
۳	شیرخواران مبتلا به short) SGA gestational age) که تا سن ۲ یا ۴ سالگی کوتاهی قد خود را بر اساس آزمایشات غربالگری اولیه و نمودارهای کارت بهداشت و سن استخوانی جبران نکرده اند	-	-	کارت بهداشت شیرخوار (موید تاخیر رشد باشد)	یکساله	رشد قدی حداقل ۴ سانتیمتر در سال باشد	۲ سال (پس از ۲ سال مجدداً در شورای علمی و تخصصی بررسی و اقدام گردد)
٤	بیماران مبتلا به بلوغ زودرس (شروع بلوغ در دختران زیر۸ سالو در پسران زیر ۹ سال) و یا 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	-	+	بر اساس سوابق دارویی و پرونده پزشکی بیمار	یکساله	رشد قدی حداقل ۴ سانتیمتر در سال باشد	بر قراری هریک از این ۲ شرط: _ تا رسیدن قد دختر به ۱۵۵ سانتیمتر و پسر به ۱۶۵ سانتیمتر _ یا حداکثر۲سال
۵	شیرخواران مبتلا به پان هیپوپیتوتاریسم و یا کمبود ایزوله هورمون رشد	+	+	حسب مورد (تأیید کننده بیماری باشد)	یکساله	حسب نظر پزشک	حسب نظر پزشک
٦	کوتاهی قد ایدیوپاتیک	-	+	هر یک از شروط زیر: ۱_ انحراف معیار قدی پائین تر از ۲.۲۵ برای سن و جنس نرمال ۲_ پیش بینی قد نهایی بدون درمان زیر۱۵۵ برای دختران و ۱۶۵ برای پسران	شش ماهه	رشد قدی حداقل ۴ سانتیمتر در سال باشد	بر قراری هریک از این ۲شرط: _ تا رسیدن قد دختر به ۱۵۵ سانتیمتر و پسر به ۱۶۵ سانتیمتر _ یا حداکثر۲سال

۱_ شمول تعهدات بیمه ای دارو در گروه سنی زیر ۱۸ سال منوط به تجویز دارو توسط 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 بایست تأیید کننده نیاز به داروی هورمون رشد باشد.
۵_ در کوتاهی قد ایدنوپاتیک، حداکثر سن استخوانی دختر به ۱۶ سال و در پسر به ۱۸ سال موجب قطع حمایت بیمه ای هورمون رشد می گردد.

پروتکل داروي FERRIC CARBOXY MALTOSE

شرایط تأیید:

۱) تأیید توسط شورای منطقه

۲) اندیکاسیون های مورد تایید؛

- در موارد Hgb<10 تایید می گردد (بر اساس پاسخ به درمان)

و

- در موارد Ferritin<15ng/mL تایید می گردد (بر اساس پاسخ به درمان)

طبق کتاب موارد زیر خط اول درمان ترجیحا وریدی (آهن سوکروز(هماتوفر و ونوفر)، فریک کربوکسی مالتوز (فرینجکت)) **می باشد:**

Acute Blood Loss
IBD
افرادی که جراحی معده By pass انجام داده باشند
بیماری سلیاک

بیمارانی که درمان خوراکی آهن را تحمل نکرده اند، یا پس از مصرف روزی ۱۸۰-۲۰۰ میلی گرم آهن المنتال روزانه پس از یک ماه، یک واحد هموگلوبین افزایش نیابد، آهن تزریقی توصیه می گردد.

۳) تجویز توسط متخصص هماتولوژیست، نفرولوژیست، زنان و یا داخلی

۴) 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.

پروتكل داروي -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 داروي BOTULISM A TOXIN

<u>شرایط تأیید:</u>

۱) تأیید توسط کمیسیون پزشکی منطقه

۲) دیستونی **Dystonia** و**Spasticity** (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 نوروژنیک (با تجویز و تشخیص متخصص ارولوژی و نورولوژی) هر ۶ ماه یکعدد ویال ۵۰۰ واحدی جهت یکسال (حداکثر ۲ ویال)

پروتکل تجویز داروهای مورد مصرف در درمان کووید ۱۹

ردیف	نام دارو	تعداد در هر دوره بیماری	سطح تجویز	توضیحات
۱	**FAVIPIRAVIR**	**حداکثر ۶۰ عدد**	**متخصص عفونی-داخلی-اینتنسیویست، طب اورژانس**	**بیماران سرپائی و بستری بر اساس** RT-PCR Chest CT
۲	**REMDESIVIRE INJ**	**۶ عدد**	**متخصص عفونی-داخلی-اینتنسیویست، طب اورژانس**	**بیماران سرپایی و بستری(طبق پروتکل) بر اساس** RT-PCR Chest CT $Spo_۲$<93
۵	**INTERFERON B (RECIGEN®)**	**۵ عدد و حداکثر ۷ عدد**	**متخصص عفونی-داخلی-اینتنسیویست، طب اورژانس**	**بیماران سرپایی و بستری بر اساس** RT-PCR Chest CT
۶	**TOCILIZUMAB INJ**	(۸MG/KG)	**متخصص عفونی-داخلی-اینتنسیویست، طب اورژانس**	**بیماران بستری (طبق پروتکل)**

*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.

پروتکل داروی رمدسیویرRemdesivir

در مطالعات مختلف تجویز این دارو با کاهش مرگ و میر بیماران همراه نبوده است اما در بعضی بررسی ها در مواردیکه بیماران نیاز به حداقل حمایتهای تنفسی داشته اند باعث کاهش مورتالیته شده است.
پس از ارزیابی بیمار مبتلا به بیماری کووید ۱۹ ، در صورتی که اندیکاسیون بستری داشته و در بدو ورود در فاز بحرانی (نیازمند ونتیلاسیون مکانیکی) نباشد ، می تواند کاندید دریافت رمدسیویر باشد.

به دو فرم پودرلیوفیلیزه و محلول غلیظ موجود است. طبق تاییدیه ی FDA و بروشور سازنده شرکت دارویی برای اطفال (بیماران زیر ۴۰ کیلوگرم) و بیماران کلیوی ترجیحا پودر لیوفیلیزه و برای بزرگسالان، کودکان ۱۲ ساله و بالاتر با وزن حداقل ۴۰ کیلوگرم هر دو فرم پودرلیوفیلیزه و محلول غلیظ قابل تجویز می باشد. رمدسیویر به شکل محلول غلیظ ، به علت داشتن کمک حلالی به نام سولفوبوتیل اتر بتا سیکلو دکسترین (SBECD) که اثرات سمیت کلیوی دارد در افراد با نارسایی کلیوی ارجح نمی باشد.

اندیکاسیون:

در بیماران درگیری ریوی و هیپوکسیک (نیاز به مصرف اکسیژن مکمل) در اولین فرصت توصیه می گردد.
تجویز این دارودر بیمارانی که اینتوبه می شوند توصیه نمی شود.

کنترااندیکاسیون:

حساسیت به Remdesivir یا هریک از اجزا فرمولاسیون بیمار درفاز بحرانی (بیمار نیاز به تهویه مکانیکی داشته باشد)

دوز و تواتر مصرف دارو:

بزرگسالان: (برای بیماران با وزن ۴۰ کیلوگرم و بیشتر)
روز اول ۲۰۰ میلی گرم سپس روزانه ۱۰۰ میلی گرم به صورت انفوزیون وریدی برای دوره درمانی ۵ روز توصیه میگردد.

کودکان: (برای بیماران با وزن کمتر از ۴۰ کیلوگرم)
نوزادان و کودکان بین ۴۰-۳.۵ کیلوگرم، دوزاول ۵ میلی گرم برکیلوگرم تک دوز در روزاول و سپس ۲.۵ میلی گرم بر کیلوگرم تک دوز روزانه تا ۵ روز.

توصیه ها:

بیمار به هنگام انفوزیون پایش شود.
این دارو با هیچ داروی تزریقی دیگری نباید همزمان و از یک لاین تزریق شود.
بعد از اتمام انفوزیون Remdesivir ، در لاین تزریق حداقل ۳۰ میلی لیتر نرمال سالین فلاش شود.
دوره درمان ۵ روز بوده و با صلاح دید پزشک معالج این دوره درمان به صورت بستری یا بستری موقت تکمیل می گردد.
بررسی تداخلات دارویی رمدسیویر با سایر داروهای مصرفی بیمار، در دوران تجویز رمدسیویر.
قابل ذکر است ریسک برادی کاردی وهیپرگلیسمی و تهوع و استفراغ در رژیم طولانی تر بیشتر دیده می شود.
درحین تزریق باید بیماراز نظر علایم حیاتی مخصوصا ضربان قلب و فشار خون مانیتورگردد.

با توجه به PH اسیدی دارو و ریسک بروز خطر extravasation (خروج یا نشت دارو از رگ) و ایجاد آسیب بافتی ، رعایت احتیاطات لازم در این زمینه از جمله اطمینان از فیکس شدن مناسب گردن کاتتر وریدی، شستوشوی مسیر رگ قبل و بعد از تزریق ، انفوزیون آهسته طی حداقل ۳۰ تا۱۲۰ دقیقه و رقیق سازی طبق دستورالعمل الزامی است.

روش آماده سازی ویال برای تزریق:

مقدار ۱۹ سی سی آب استریل برای تزریق به پودر لیوفلیزه دارو اضافه نموده و بلافاصله برای ۳۰ ثانیه ویال تکان داده شود سپس برای ۲ تا ۳ دقیق اجازه دهید تا محتویات نشست کرده و محلول شفاف ایجاد شود، اگر محتویات کامل حل نشدند ویال را برای ۳۰ ثانیه دیگر تکان داده و برای ۲ تا ۳ دقیقه ساکن قرار دهید. این پروسه را تا زمانیکه همه محتویات ویال کاملا حل شوند ادامه دهید .غلظت به دست آمده ۱۰۰ میلی گرم در ۲۰ میلی لیتر می باشد.

برای رقیق سازی نهایی، داروی رقیق شده اولیه به ۱۰۰ یا ۲۵۰ میلی لیتر۰.۹ ٪ NaCl اضافه شده و به آرامی برای ۲۰ بار وارونه کنید تا مخلوط شوند (تکان ندهید). پودر حل شده قبل رقیق سازی نهایی را تا ۴ ساعت در دمای اتاق و تا ۲۴ ساعت در یخچال می توان نگهداری کرد .همچنین ویال های حاوی محلول ترجیحا بایستی در ۲۵۰ میلی لیتر نرمال سالین رقیق شود.

نگهداری دارو:

داروی رقیق شده قبل از رقیق سازی نهایی به مدت ۴ ساعت در دمای اتاق (۲۵-۲۰ درجه سانتیگراد) و ۲۴ ساعت در یخچال با دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد قابل نگهداری می باشد.

تعدیل دوز کلیوی:

در شرایط eGFR≥۳۰ نیاز به تعدیل دوز ندارد .در eGFR<۳۰ توصیه ای برای استفاده وجود ندارد.

تعدیل دوز کبدی:

اگر طول درمان با رمدسیویر افزایش آنزیم کبدی به میزان بیش از ۵ برابر نرمال (ALT>۵ ULN) ، بروز علایم بالینی آسیب کبدی(تهوع، استفراغ، درد شکم، بی اشتهایی و زردی) به همراه ALT>۳UPN ، افزایش همزمان بیلی روبین بیشتر از ۳ میلی گرم بردسی لیتر، افزایش INR>۲ و ALP>۳ULN اتفاق افتاد توصیه می شود رمد سیویر موقتا قطع وبعد از بررسی سایر علل و نرمال شدن پارامترهای آزمایشگاهی و رفع علایم می تواند مجددا جهت تکمیل دوره درمان شروع شود.

پایش:

پیش از تجویز داروی Remdesivir و سپس یک روز درمیان ، آزمایش های عملکرد کبد ALT ، AST ، بیلی روبین و آلکالین فسفاتاز، هماتولوژی، عملکرد کلیه(کلیرانس کراتنین و کراتینین سرم) و تست ها بیوشیمیایی سرم انجام شود . همچنین بیمار از نظر عوارض مرتبط با انفوزیون دارو پایش شود.

مصرف در بارداری:

اطلاعات دقیقی در رابطه با سلامت مصرف این دارو در زنان باردار در اختیار نیست و برای تجویز، همواره باید مزایا به معایب دارو سنجیده شود . بر اساس راهنمای کشوری مراقبت و درمان کووید در بارداری، برای مادران بستری در بیمارستان با هماهنگی فوکال پوینت درمان بیماری کووید در بیمارستان، قابل استفاده است.

مصرف در شیردهی:

اطلاعاتی در مورد وجود دارو در شیر انسان، اثرات دارو بر شیرخوار و اثر دارو بر تولید شیر در دسترس نیست.

پروتکل داروی TOCILIZUMAB

اندیکاسیون :در بیماران مبتلا به کووید-۱۹(بر اساس شواهد آزمایشگاهی، رادیولوژیک و بالینی)کاندید بستری و در فاز التهابی شدید، با هیپوکسمی مقاوم (نیاز به اکسیژن مکمل)، در صورت عدم پاسخ به کورتیکواستروئید و سیر شدیدا پیشرونده بیماری (با درنظر گرفتن شرایط بالینی بیمار و قضاوت درمانگر)

کنترا اندیکاسیون:

- سابقه حساسیت به دارو
- پلاکت زیر ۵۰ هزار
- شک به عفونت فعال ویرال (غیر کرونا)، باکتریال و قارچی
- ANC زیر ۵۰۰
- شک به انسداد یا بیماریهای زمینه ای با خطر بالای پارگی احشا گوارشی
- نارسایی کبدی زمینه ای (Child-Paugh category C)

شواهد ایمنی تجویز دارو در بارداری اندک است. در صورت اندیکاسیون، مزایای تجویز در مقابل آسیبهای احتمالی سنجیده شود.

دوز: ۸ میلی گرم بر کیلوگرم براساس وزن واقعی بدن ، توصیه می گردد؛

برای بیماران با وزن ۹۰ کیلوگرم و کمتر: یک ویال ۴۰۰ میلی گرمی . همراه با دوز استاندارد کورتیکواستروئید (معادل ۸ میلی گرم دگزامتازون وریدی)

برای وزن بالاتر از ۹۰ کیلوگرم حداکثر دو ویال ۴۰۰ میلی گرمی . همراه با دوز استاندارد کورتیکواستروئید (معادل ۸ میلی گرم دگزامتازون وریدی).

در صورت عدم پاسخ مناسب (بهبود شرایط بالینی، وضعیت اکسیژناسیون و بیومارکرهای التهابی بخصوص CRP)، این دوز برای یکبار دیگر بعد از ۱۲ تا ۲۴ ساعت قابل تکرار است.

آماده سازی:

توسیلیزوماب به صورت وریدی در ۱۰۰سی سی سرم تزریقی (ترجیحا نرمال سالین و یا هالف سالین) رقیق و ظرف یک ساعت انفوزیون آهسته شود.

این دارو نیاز به premedicationندارد.

تزریق دارو در بیمارستان انجام می پذیرد.

دارو ترجیحا از لاین وریدی جداگانه انفوزیون شود. در صورت عدم دسترسی به لاین وریدی مجزا، تزریق توسیلیزوماب با سایر داروها بخصوص رمدسیویر، حداقل نیم ساعت فاصله داشته باشد و لاین وریدی قبل و بعد از تزریق با ۵۰ سی سی سرم تزریقی شسته شود.

شرایط تجویز:

- CRPبالا (ترجیحا به صورت کمی و بالای ۷۰mg/ml به همراه شواهد درگیری ریه در سی تی اسکن ریه به نفع بیماری کووید در بیماران بستری
- تایید دو پزشک صاحب صالحیت برای تجویز دارو الزامی می باشد .

- درمان با توسیلیزوماب همراه با دوز پایین کورتیکواستروئید ها (دوز معـادل بـا ۸ میلـی گـرم دگزامتـازون وریـدی) پیشنهاد می گردد و درمان به تنهایی توصیه نشده است .
- اندازه گیری اینترلوکین ۶ الزامی نیست.
- دارو در دمای ۸-۲ درجه سانتیگراد (دمای یخچال) و به منظور حفاظت از نور، در جعبه ی اصلی نگهداری شود.

پروتکل داروی EVOLOCUMAB

شورای عالی پزشکی

تجویز توسط متخصص قلب و عروق، فوق تخصص غدد

موارد مصرف:

- ✓ هایپرکلسترولمی اولیه (مواردی که به علت نقص ژنتیکی در فرد ایجاد میشود، که در صورت شناخته شده بودن ژن معیوب به آن Familial Hypercholesterolemia و در صورت نامعلوم بودن ژن معیوب non- Familial گفته میشود.) ، که شامل Heterozygous Familial Hypercholesterolemia نیز میباشد : به تنهایی یا به همراه سایرداروهای کاهنده لیپید، برای کاهش LDL-C در افراد بالای ۱۰ سال مبتلا
- ✓ برای کاهش LDL-C در بیماران بالای ۱۰ سال که مبتلا به Homozygous Familial Hypercholesterolemia هستند: به همراه سایرداروهای کاهنده لیپید

دوز مصرف:

- بزرگسالان و نوجوان بالای ۱۰ سال مبتلا به هتروزیگوت FH : ۱۴۰ میلی‌گرم هر دو هفته یک بار یا ۴۲۰ میلی‌گرم در ماه است(به صورت تزریق زیرجلدی)

تبصره: حتما LDL قبل از شروع و بعد از مصرف استاتین HIGH DOSE به مدت ۳ ماه اندازه گیری شود و برای افرادی که در معرض CAD RISK FACTOR باشند به شورای عالی پزشکی ارجاع شوند.

- هموزیگوت FH : دوزپیشنهادی در آغاز۴۲۰ میلی‌گرمیک بار در ماه است. پس از ۱۲ هفته، در صورتی که میزان مطلوب کاهش عدد LDL حاصل نشده است ، دوز به ۴۲۰ میلی‌گرم هر دو هفته یک بارافزایش یابد. دربیماری که لیپوپروتئین آفرزیس می‌شود، ممکن است درمان از ابتدا با ۴۲۰دوز میلی‌گرم هر دو هفته یک بار شروع شود.

پروتکل داروی SUGAMMADEX

بیمارستانی

۱- نیاز به تایید رئیس بخش بیهوشی و مسئول فنی بیمارستان

۲- موارد مصرف:

- ✓ مواردکلینیکی که استفاده از نئوستیگمین برای بیمار با عوارض همراه است. از این جمله می توان به پیشگیری از تاکی کاردی/تاکی آریتمی در بیماران با مشکلات ایسکمیک قلب و / یا فیبریلاسیون آتریال اشاره کرد. پیشگیری از برونکواسپاسم احتمالی در بیماران مبتلا به **brittle asthma** نیز از جمله این موارد است.
- ✓ مواردی که نگرانی در مورد باقی ماندن شلی عضلانی(**PORC/rNMB**)به دنبال استفاده از روکورونیوم و پس از تجویز ماکزیمم**۵mg**نئوستیگمین وجود دارد. این مورد به خصوص در بیماران دچار **airway difficulty**یا**respiratory insufficiency**کاربرد دارد.
- ✓ زمانی که بیمارِ تحت عمل بسیار چاق(**morbidly obese**)بوده و بالقوه مستعد باقی ماندن شلی عضلانی ناشی از تجویز داروهای شل کننده عضلانی (در این مورد روکورونیوم) است.
- ✓ برگشت اورژانسی عملکرد عضلانی(**neuromuscular blockade reversal**)در بیماران **difficult intubation**، با کمک دوز**۱۶mg/kg**سوگامادکس پس از تجویز دوز **۱/۲ mg/kg**روکورونیوم جهت لوله گذاری سریع

۳- اشکال داروئی موجود: **۲۰۰mg/۲ml,۵۰۰mg/۵ml**

اندیکاسیون	توضیح	بیماران کاندید	مثال
استفاده پیشگیرانه (Preventive Use)	برگشت شلی عضلانی ناشی از داروی روکورونیوم	بیمارانی که در صورت تجویز نئوستیگمین دچار عوارض خواهند شد.	افراد مسن، بیماران بسیار چاق، دچار مشکلات نورولوژیک، عصبی-عضلانی، تنفسی، کلیوی ([CrCl] > ۳۰ mL/min) و کبدی، بیماران با راه هوایی سخت یا کسانی که امکان استفاده از نئوستیگمین و آتروپین برای ایشان وجود ندارد.
استفاده درمانی (Curative Use)	درمان عوارض جانبی ناشی از شلی عضلانی باقیمانده ناشی از شلی با روکورونیوم پس از استفاده از نئوستیگمین	بیمارانی که نئوستیگمین برای ایشان تجویز شده ولی شلی عضلانی ایشان به طور کامل برطرف نشده است.	
استفاده در موارد اورژانس (Emergency use)	برگشت سریع شلی عضلانی ناشی از روکورونیوم به منظور لوله گذاری سریع بیمار	موارد "cannot ventilate, cannot intubate" (CVCI)	

پروتکل داروی LISDEXAMPHETAMINE(30,50,70)

۱-افراد زیر ۱۴ سال: تجویز روانپزشکی اطفال

۲-افراد بالای ۱۴ سال: شورای منطقه

برای ADHD ۶ سال به بالا:
۳۰ میلی گرم شروع صبح ها ، افزایش دوز بر اساس علایم ، هفتگی ۱۰-۲۰ میلی گرم (ماکزیمم دوز ۷۰ میلی گرم در روز) ترجیح بر آن است که با کمترین دوز درمان ادامه یابد.

GFR 15 to <30 mL/minute/1.73 m2: Maximum dose: 50 mg/day.

GFR <15 mL/minute/1.73 m2: Maximum dose: 30 mg/day.

پروتکل داروی LEUPRORELIN ACETATE ۷ , ۵MG

جهت تایید در شورای منطقه (نوع ایرانی – ماهیانه ۱ عدد)

۱-تجویز توسط متخصص انکولوژی- رادیوانکولوژی- اوروانکولوژی (طول درمان: طولانی مدت)

الف) کانسر پروستات در مرحله هورمون درمانی

ب) کانسر **BREAST** وابسته به هورمون در زنان قبل از سن منوپوز جهت القای منوپوز

۲-تجویز توسط متخصص زنان (طول درمان: معمولا حداکثر تا ۶ ماه)

الف) در بیماری های وابسته به استروژن مانند اندومتریوز و فیبروئید رحم

۳-تجویز توسط متخصص غدد (طول درمان: طولانی مدت)

الف) در بلوغ زودرس

تبصره: بدیهی است مصرف همزمان با سایر داروهای **GNRH** آگونیست مانند تریپتورلین و گوسرلین مورد تایید نمی باشد.

سازمان بهداشت و درمان صنعت نفت
فرم معرفی به شورای پزشکی
درخواست دارو

نام و نام خانوادگی بیمار:..شماره پرسنلی:.......................نسبت:.....................سن:.............   محل اشتغال:...............................تلفن تماس:............................
نام و شکل دارو/ داروهای درخواستی: میزان مصرف: طول مدت درمان: علت تجویز و تشخیص: نام دارو/ داروهای مصرف شده که بیمار به درمان آن پاسخ نداده است: در صورت لزوم نظر تخصصی:
همکار محترم متخصص(۱): ....لطفا نظر خود را مرقوم فرمائید.   مهر و امضاء پزشک مشاور
همکار محترم متخصص(۱): ....لطفا نظر خود را مرقوم فرمائید.   مهر و امضاء پزشک مشاور
مدارک تکمیل است. مهر و امضاء داروساز
رای کمیسیون پزشکی: تاریخ:

بهداشت ودرمان صنعت نفت

فرم تشکیل پرونده

داروهای شیمی درمانی – گروه ۱

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

تشخیص بیماری:

وزن:	قد:	سطح بدن:

نام رژیم دارویی:

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

مهر و امضاء پزشک معالج (انکولوژیست):

تاریخ:

اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد

مهر و امضاء رئیس پلی کلینیک/ رییس بیمارستان:

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

اطلاعات مورد نیاز کمیسیون، کامل است.

مهر و امضاء داروساز:

اطلاعات فوق در سیستم کمیسون پزشکی ثبت گردید :

تاریخ ثبت:

شماره ثبت:

مهر و امضاء مسئول ثبت:

بهداشت ودرمان صنعت نفت

فرم تشکیل پرونده

فرم تشکیل پرونده (قلم های انسولین)

نام و نام خانوادگي:	شماره پرسنلي:	محل اشتغال:	تاریخ:
	نسبت:	سن:	شماره تماس:

نام قلم های درخواستي:

تشخیص:	۲hpp:	A_1C:	FBS:

مقدار مصرف دارو (تعداد واحد در روز):

تعداد قلم در ماه :	طول مدت درمان :
نام داروهاي مصرف شده قبلي كه بيمار به درمان با آنها پاسخ نداده است: ۱- ۲- ۳-	در صورت لزوم ساير نظرات تخصصي: مهر و امضاء پزشك معالج:

اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد

مهر و امضاء رئیس پلی کلینیک/ رییس بیمارستان:

* مهر و امضای رییس بخش داخلی/پزشک معتمد بخش داخلی (تهران-اهواز):

اطلاعات مورد نیاز کمیسیون، کامل است.

مهر و امضاء داروساز:

اطلاعات فوق در سيستم كميسيون پزشكي ثبت گرديد:	تاریخ ثبت: شماره ثبت: مهر و امضاء مسئول ثبت:

بهداشت ودرمان صنعت نفت	**فرم تشکیل پرونده** **جهت داروها با سطح تجویز تشکیل پرونده**	

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

نام و شکل دارو/داروهای درخواستی:

تشخیص:

میزان مصرف دارو :	**طول مدت درمان:**
نام داروهای مصرف شده قبلی که بیمار به درمان با آنها پاسخ نداده است: – – -	**در صورت لزوم سایر نظرات تخصصی:** **مهر و امضاء پزشک معالج:**

اطلاعات فوق مورد تأیید می باشد

مهر و امضاء رئیس پلی کلینیک/ رییس بیمارستان/پزشک معتمد:

*** مهر و امضای رییس خدمات دارویی (تهران-اهواز):**

اطلاعات مورد نیاز تشکیل پرونده ، کامل است.

مهر و امضاء داروساز: