

فرم درخواست داروی موردی

۱) این بخش توسط همکاران پزشک تکمیل می گردد. تکمیل کلیه موارد الزامی است. در صورت عدم تکمیل همه موارد، بررسی درخواست کان لم یکن تلقی خواهد شد.

	نام و تخصص پزشک :
	نشانی و شماره تلفن مطب :
	شماره تلفن همراه :
	نام بیمار :
	تشخیص:
	نام، شکل و قدرت دارو:
	تعداد اقلام تجویز شده :
	طول دوره درمان :
	سیر بیماری و سابقه درمان
<input type="checkbox"/> الف- عدم وجود داروی قابل تجویز در بیماری تشخیص داده شده در فهرست داروهای ایران ذکر نوع بیماری الزامیست :	علت تجویز دارو : (الزامی)
<input type="checkbox"/> ب- سابقه عدم پاسخگویی بیمار به داروهای موجود در فهرست داروهای ایران در اندیکاسیون تشخیص داده شده در فهرست داروهای ایران • در موارد ب و ج ارائه مدارک سابقه تجویز سایر داروهای موجود در فهرست و علت جایگزینی داروی موردی ذکر سابقه دارو درمانی الزامیست :	
<input type="checkbox"/> ج - عدم تناسب تجویز داروهای موجود در فهرست داروهای ایران برای بیمار مورد نظر به دلیل ایجاد عارضه جانبی خطرناک و یا موارد دیگر • در مورد داروهای درخواستی موجود در فهرست داروهای ایران که پزشک به دلیل ایجاد عوارض جانبی و یا عدم اثربخشی داروی داخلی، مشابه خارجی آن را تجویز می نماید، اعلام نظر دبیرخانه کارگروه منوط به بررسی و تأیید موارد مذکور توسط مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارویی (ADR) می باشد. لذا ارائه گزارش این مرکز همراه این فرم به دبیرخانه کارگروه بررسی و تدوین فهرست دارویی ایران الزامی است.	
<input type="checkbox"/> د- تاییدیه های بین المللی دارو مستندات و پرونده بیمار ضمیمه گردد.	
مهر و امضاء :	تاریخ :