

تاریخ : 14:38:31 1400/07/14

شماره : ۰۰/۳۱/۷۵۴۱۱

پیوست : دارد

بسمه تعالی



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز

مؤسس /مسئول فنی محترم داروخانه ...

ریاست محترم انجمن داروسازان خراسان جنوبی

موضوع : اهمیت گزارش دهی و ارسال فرم های ADR

با سلام و احترام

با صلوات بر محمد و آل محمد؛ احتراماً، به استحضار می رساند مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR) به جمع آوری و ثبت گزارش های عوارض دارویی مشاهده شده توسط جامعه محترم پزشکی می پردازد و اهداف عمده از جمله موارد ذیل را پیگیری می نماید:

- شناسایی سریع عوارض و تداخل های دارویی که تا زمان ورود دارو به بازار شناخته نشده اند،

- تشخیص افزایش ناگهانی در میزان وقوع عوارض ناخواسته شناخته شده،

- شناسایی ریسک فاکتورها و مکانیسم هایی که عوارض ناخواسته دارویی تحت آن شرایط رخ می دهند،

- تخمین جنبه های کمی زیان های ناشی از مصرف داروها،

- تحلیل و انتشار اطلاعات مورد نیاز در تجویز داروها و مقررات دارویی،

- پیشگیری از وقوع عوارض دارویی قابل پیشگیری و

- آگاهی مرگ و میر ناشی از عوارض دارویی و پیشگیری از وقوع آنها

با توجه به اهمیت گزارش دهی عوارض ناخواسته دارویی (ADR)، از آنجا که این معاونت مسئول جمع آوری و ارسال گزارش عوارض ناخواسته دارویی استان به سازمان می باشد و داروسازان نقش کلیدی در گزارش دهی این عوارض دارند، انتظار است تمامی داروسازان محترم استان تا پایان سال، حداقل تعداد ۴ فرم ADR تکمیل و به این معاونت ارسال نمایند. بدیهی است که این موضوع در ارزشیابی هر داروخانه تاثیر گذار خواهد بود.

از طرف مرکز اطلاع رسانی
معاونت دارو دارو
دکتر علی باغی

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

۲- نوع عارضه دارویی مشاهده شده و اقدامات درمانی انجام شده:

۱- مشخصات بیمار:

نام و نام خانوادگی:

سن: وزن:

جنس: مذکر مؤنث باردار

محل سکونت:

تلفن:

۵- سابقه هر نوع عارضه دارویی در گذشته برای بیمار:

۳- تاریخ شروع عارضه دارویی: / /

۴- عارضه چه مدت ادامه یافته است؟

۶- سابقه بیمار: (آرترزی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟ بلی خیر دارو قطع نشده است

۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟ بلی خیر دارو مجدداً مصرف نگردید

۹- سرانجام عارضه دارویی: بهبودی عدم بهبودی نقص عضو مرگ سایر موارد:

۱۰- آیا عارضه دارویی منجر به بستری شدن بیمار گردیده است؟ بلی خیر

۱۱- یافته های پاراکلینیکی مرتبط با عارضه مشاهده شده:

۱۲- دارو(های) مشکوک به عارضه:

نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت
.....

۱۳- سایر داروهای مورد مصرف بیمار در زمان ایجاد عارضه:

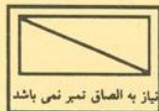
نام دارو	شکل و قدرت دارویی*	مقدار مصرف روزانه	راه مصرف	مورد مصرف	تاریخ شروع مصرف	تاریخ پایان مصرف	کارخانه سازنده و شماره سری ساخت
.....

توضیحات:

* منظور از قدرت دارویی، میزان ماده مؤثره دارو در شکل دارویی مصرف شده می باشد. (به عنوان مثال: آمپول ۵۰ میلی گرمی، قرص ۱۰۰ میلی گرمی و ...)

پست جواب قبول

طی قرارداد ۳۷۱۸۴/۴ هزینه پست پرداخت گردیده است



نیاز به الصاق نمیرسد

طرف قرار داد : معاونت غذا و دارو

تهران - صندوق پستی ۱۷۷۷۵-۴۶۶

تلفن: ۰۲۱-۶۶۹۶۳۸۶۲

(از محل خط چین تا کرده و با چسب بچسبانید)

مشخصات گزارشگر: پزشک داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل.....

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

شماره نظام پزشکی:

تلفن تماس:

آدرس کامل پستی گزارشگر:

استان شهرستان روستا خیابان کوچه پلاک

تاریخ: ... / ... / ... امضاء یا مهر گزارشگر: