



تاریخ: ۱۳۹۹/۰۶/۱۹

شماره: ۲۸/۳۶/۱۴۹۱۰۳

نقدار: پیوست:

۰۹:۵۶

مدیرعامل محترم مرکز آموزشی درمانی مستقل بوعلی سینا-ولایت
ریاست محترم بیمارستان کوثر-قدس-۲۲بهمن-شفا-شهدا-شهیدرجایی-
امیرالمومنین(ع)-رحیمیان
ریاست محترم بیمارستان تامین اجتماعی رازی-تاکستان
ریاست محترم بیمارستان خصوصی مهرگان-پاستور-ولی عصر (عج)
مدیرعامل محترم بیمارستان خصوصی دهخدا
ریاست محترم سازمان نظام پزشکی قزوین

با سلام و احترام

عطف به نامه شماره ۴۰۰/۱۰۶۱۰/۱۳۹۹/۶/۱۷ تاریخ وزارت بهداشت،
درمان و آموزش پزشکی کشور در خصوص نشر و اجرای راهنمای طبابت بالینی
مبتنی بر شواهد با موضوع ابلاغ راهنمای تجویز داروهای ریتوکسیماب در درمان
میاستنی گراویس، میزوپروستول، ATG و HMG، به استحضار می‌رساند راهنمای
مذکور در آدرس ذیل قابل دسترسی است. لذا در راستای بهره‌مندی و اقدام بر اساس
راهنمای ابلاغی، خواهشمند است دستور فرمائید به آدرس زیر مراجعه نمایند.

<http://url.qums.ac.ir/guidelines1> →

استانداردهای دارو

دکتر امیر محمد کاظمی فر

معاون درمان

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		دوز و تواتر مصرف دارو	توضیحات
			کتر اندیکاسیون	اندیکاسیون		
میزوپروستول PGE1	بستری بستری موقت سرپایی*	متخصص زنان و زایمان	سقط درمانی به صورت مونوتراپی	سقط درمانی به صورت مونوتراپی	قبل از هفته ۹: امکان تجویز در کلینیک یا منزل: ۸۰۰ میکروگرم زیر زبانی هر ۳ ساعت تا ۳ دوز یا ۸۰۰ میکروگرم واژینال هر ۳ تا ۱۲ ساعت (حداکثر تا ۳ دوز) یا ۸۰۰ میکروگرم به صورت بوکال هر ۲-۳ ساعت. هفته ۱۰-۱۲: ۸۰۰ میکروگرم واژینال هر ۳ تا ۱۲ ساعت (حداکثر تا ۳ دوز). توصیه می شود فقط در کلینیک با توجه به ریسک خونریزی بالا و پارگی رحم تجویز شود. در هفته ۲۲-۱۳ بارداری: ۴۰۰ میکروگرم واژینال یا زیرزبانی هر ۳-۴ ساعت (حداکثر تا ۵ دوز) یا ۶۰۰ میکروگرم واژینال هر ۱۲ ساعت. توصیه می شود فقط در کلینیک هایی که امکان دسترسی سریع به جراحی اورژانسی یا تزریق خون باشد، تجویز شود. در صورتی که تا ۲۴ ساعت بعد از تجویز دلیوری اتفاق نیفتاد، پروتکل می تواند تکرار شود. از هفته ۲۳ به بعد: ۱۰۰-۲۰۰ میکروگرم واژینال یا بوکال هر ۴-۶ ساعت تا ۲۴ ساعت. در صورت دسترس بودن، میفه پریتون با دوز ۲۰۰ میلی گرم ۲۴-۴۸ ساعت قبل از تجویز میزوپروستول تجویز شود.	توضیحات
					در ترکیب به میفه پریتون: در صورت وجود، ۲۰۰ میلی گرم میفه پریتون تجویز و بعد از ۲۴ ساعت ۸۰۰ میکروگرم میزوپروستول واژینالی تجویز شود. به تنهایی در سقط فراموش شده (missed): ۸۰۰ میکروگرم واژینال یا ۶۰۰ میکروگرم زیر زبانی تک دوز به تنهایی. در صورت عدم پاسخ به دوز اول، تا ۷ روز بعد قابل تکرار است.	

	<p>به تنهایی در سقط ناقص (incomplete): ۶۰۰ میکروگرم خوراکی تک دوز. در صورت عدم پاسخ به دوز اول، تا ۷ روز بعد قابل تکرار است.</p> <p>یا به صورت ۸۰۰ میکروگرم واژینال هر ۳ ساعت (حداکثر تا ۲ دوز اضافه) یا ۶۰۰ میکروگرم زیر زبانی هر ۳ ساعت (حداکثر تا ۲ دوز اضافه) قابل تجویز است.</p>		<p>حساسیت به پروستاگلاندین ها، - (ریسک پارگی رحم در افرادی که سابقه سزارین ندارند ۰/۰۸ در صد و در افرادی که سابقه یکبار سزارین دارند ۰/۸ درصد و در افرادی با سابقه دو بار سزارین ۲/۵ درصد است.) - همودینامیک unstable یا اختلالات انعقادی</p>		
<p>تا دو هفته نیاز به اقدامی نیست (مگر در موارد عفونت و خونریزی شدید)</p>	<p>۶۰۰ میکروگرم خوراکی تک دوز یا ۴۰۰ میکروگرم زیر زبانی تک دوز</p>	<p>سقط ناقص در سه ماهه اول بارداری</p>			
<p>کنترل صدای قلب جنین در ۲ ساعت اول (هر ۱۵ دقیقه) ضروری است. در سابقه سزارین قبلی استفاده نشود.</p>	<p>۲۵ میکروگرم واژینال هر ۳-۶ ساعت یا ۵۰ میکروگرم هر ۶ ساعت یا ۲۰-۲۵ میکروگرم خوراکی هر ۲ تا ۴ ساعت (حداکثر تا ۶ دوز). در این اندیکاسیون تجویز واژینال ممکن است موثرتر باشد هر چند بعضی از عوارض با فرم خوراکی کمتر است. تجویز به صورت زیر زبانی یا بوکال در این اندیکاسیون توصیه نمی شود. در صورت تجویز اکسی توسین، تا ۴ ساعت بعد از آخرین دوز میزوپروستول دارو تجویز نشود.</p>	<p>القای زایمان و آماده کردن سرویکس (در هفته ۲۷ بارداری و بالاتر)</p>			
	<p>قبل از هفته ۲۴: در صورتی که امکان انجام پروسجیرهایی مانند Dilution and evacuation (D&E) وجود نداشته باشد، میزوپروستول با دوز مشابه با دوز القای سقط در هفته ۱۳-۲۲ (۴۰۰ میکروگرم واژینال یا زیرزبانی هر ۳-۴ ساعت) (حداکثر تا ۵ دوز) یا ۶۰۰ میکروگرم واژینال هر ۱۲ ساعت) تجویز می شود.</p> <p>بعد از هفته ۲۴: در صورتی که امکان انجام پروسجیرهایی مانند Dilution and evacuation (D&E) وجود نداشته باشد و سرویکس Unfavorable باشد و فرد سابقه اسکار به دنبال هیسترکتومی نداشته باشد، میزوپروستول داروی انتخابی است.</p>	<p>Stillbirth</p>			

	<p>با دوز ۵۰ میکروگرم شروع که می تواند هر ۴ ساعت تا حداکثر ۶ دوز تجویز شود. در صورتی که دوز اول منجر به بروز انقباضات موثر (بیش از ۲ انقباض در طی ۱۰ دقیقه) یا تغییرات سرویکال طی ۴ ساعت نشد، دوز دوم دو برابر بعد از ۴ ساعت از دوز اول (۱۰۰ میکروگرم) و سپس ۲۰۰ میکروگرم بعد از ۴ ساعت از دوز دوم تجویز می شود.</p> <p>سایر روش های تجویز: در هفته ۱۸ تا ۲۶ با دوز ۱۰۰ میکروگرم واژینال هر ۶-۱۲ ساعت برای ۴ دوز قابل تجویز است. در صورتی که دوز اول منجر به انقباضات موثر نشد، دوز بعدی دوبرابر شود. حداکثر دوز روزانه ۸۰۰ میکروگرم می باشد. بعد از هفته ۲۶ در مواردی که رحم نارس است، با دوز ۲۵-۵۰ میکروگرم واژینال هر ۴ ساعت تا حداکثر ۶ دوز تجویز می شود. در صورتی که دوز اول منجر به انقباضات موثر نشد، دوز بعدی دوبرابر شود. حداکثر دوز روزانه ۶۰۰ میکروگرم می باشد</p>				
<p>تا ۲-۱ هفته نیاز به اقدامی نیست (مگر در موارد عفونت و خونریزی شدید)</p>	<p>در هفته ۱۳ تا ۲۶ بارداری: ۲۰۰ میکروگرم واژینال یا زیر زبانی هر ۶-۴ ساعت (حداکثر ۴ دوز)</p> <p>در هفته ۲۸-۲۷ بارداری: ۱۰۰ میکروگرم واژینال یا زیر زبانی هر ۴ ساعت (حداکثر ۶۰۰ میکروگرم روزانه)</p> <p>از هفته ۲۸ بارداری به بعد: ۲۵ میکروگرم واژینال هر ۶ ساعت یا ۲۵ میکروگرم خوراکی هر ۲ ساعت</p>	<p>مرگ جنین</p>			
<p>جهت کارگذاری وسیله داخل رحم، ختم بارداری به روش جراحی، دیلاتاسیون و کورتاژ، هیستروسکوپی</p>	<p>۴۰۰ میکروگرم واژینال ۳ ساعت قبل از انجام پروسیجر</p>	<p>آماده کردن سرویکس قبل از انجام پروسیجر (قبل از هفته ۲۰ بارداری)</p>			

<p>استفاده از اکسی توسین ارجح است. قبل از شروع دارو از خارج کردن قل دوم اطمینان حاصل شود</p>	<p>۴۰۰-۶۰۰ میکرو گرم خوراکی تک دوز. به شکل رکتال هم قابل تجویز است. به صورت کمکی در کنار اکسی توسین با دوز ۲۰۰-۴۰۰ میکروگرم بلافاصله بعد از زایمان به صورت زیر زبانی یا بوکال هم میتوان تجویز کرد.</p>	<p>پروفیلاکسی PPH</p>				
<p>استفاده از اکسی توسین ارجح است مگر در موارد عدم دسترسی یا کمبود آن</p>	<p>۶۰۰-۱۰۰۰ میکروگرم خوراکی یا رکتال تک دوز یا ۸۰۰ میکروگرم زیر زبانی تک دوز.</p>	<p>درمان PPH</p>				

- ✓ استفاده از راهنمای فوق در کسانی که سابقه یکبار سزارین دارند باید با مشاوره کامل انجام شود.
- ✓ باید با بیمار مشاوره شود که وجود اسکار رحمی کنتراندیکاسیون برای میزوپروستول در ترمیستر اول نیست اما ریسک با افزایش سن حاملگی افزایش می یابد .
- به خصوص در اواخر ترمیستر دوم بعد از مشاوره با بیمار باید مانیتورینگ از جهت پارگی رحم نیز انجام شود.
- ✓ در زمان مصرف دارو، پزشک مراقب پارگی کیسه آب ضمن درمان باشد و در صورت پارگی کیسه آب، مدیریت درمان لازم صورت پذیرد.
- ✓ در موارد سقط درمانی، اخذ مجوز سقط جنین از پزشکی قانونی ضروری است.
- ✓ تجویز رکتال دارو جز روش های رایج نیست.
- *در مورد حاملگی زیر ۱۰ هفته و بقایای حاملگی متخصص زنان با بررسی تمام جوانب می تواند بصورت سرپایی دارو را تجویز کند.

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

راهنمای تجویز ATG (Anti Thymocyte Immunoglobulin)

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		محل مصرف دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو	توضیحات
			انديکاسيون	کنترا انديکاسيون				
rATG Anti-Thymocyte Immunoglobulin	بستری و بستری موقت	جراح فلوشیپ پیوند کبد و فوق تخصص گوارش	در پیوند کبد: - به صورت روتین در اینداکشن پیوند کبد نیاز نیست. - انجام پیوند کبد با کلیه یا سایر ارگان ها به صورت همزمان - در مواردی که عملکرد کلیوی بیمار همزمان مختل است و تمایل به تاخیر انداختن شروع CNI یا کاهش غلظت خونی CNI (CNI minimization) است. - در مواردی که بیمار حساسیت بالایی دارد یا به علت رد پیوند، کاندید دریافت پیوند مجدد است. - درمان رد پیوند سلولار مقاوم به استروئید یا در صورت وجود کلستاز و آسیب شدید در کبد پیوندی - گیرنده هایی که عملکرد کلیه مختل دارند و نمی توان جهت آنها پس از پیوند داروی پروگراف را استفاده نمود - گیرنده هایی که مبتلا به مشکلات نورولوژیک می باشند و نمی توان جهت آنها پس از پیوند داروی پروگراف را استفاده نمود. - گیرنده هایی که پیوند مجدد برای آنها صورت می گیرد.	در موارد دیگر پیوند کبد، مصرف ATG اندیکاسیون ندارد.	بیمارستان	دوز ۱ الی ۱/۵ mg/kg/day به مدت ۳-۷ روز استفاده می شود. دوز تجمعی دارو بر اساس اندیکاسیون و پاسخ بالینی و آزمایشگاهی تعیین می شود. در موارد اینداکشن عموماً رنج پایین تر دوز و در موارد درمان رد پیوند مقاوم، عموماً رنج بالا تر دوز بر اساس پاسخ بالینی و عوارض جانبی تجویز می گردد.	در صورت صلاحیت تیم درمانی انجام بیوپسی و تست های روتین جهت بررسی عفونت های مختلف قبل از شروع دارو (مانند سل) که به صورت روتین در بیمار کاندید پیوند صورت می گیرد. در مواردی که برای رد پیوند تجویز می شود، کانت لنفوسیت بیمار برای ارزیابی پاسخ به درمان مانیتور شود.	قبل از دریافت دارو بخصوص قبل از ۳ دوز اول، premedication با استروئید، استامینوفن و کلرفنیرامین یا دیفن هیدرامین پیشنهاد می شود. ATG یک آنتی بادی پلی کلونال تهیه شده از اسب و خرگوش است که در القای سرکوب سیستم ایمنی و مدیریت تاخیر عملکرد پیوند و درمان رد حاد پیوند و آنتی های آپلاستیک و بیماری GVHD استفاده میشود. در برخی موارد استفاده از ATG در درمان میاستنی گراویس و اسکلرودرما نیز موثر بوده است. ATG به عنوان کاهنده سیستم ایمنی با اثر اختصاصی بر روی لنفوسیت های T و کاهش لنفوسیت های CD4 باعث کاهش ایمنی سلولی می شود. اثر بخشی دارو ۲۴ ساعت بعد از تزریق دارو نمایان می شود و نیمه عمر حذف دارو دو تا سه روز می باشد.

بسمه تعالی

راهنمای تجویز ATG (Anti Thymocyte Immunoglobulin)

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		محل مصرف دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو	توضیحات
			انديکاسيون	کنترا انديکاسيون				
		جراح فلوشیپ پیوند کبد و فوق تخصص گوارش	در پیوند روده: در تمامی گیرنده ها به عنوان اینداکشن توصیه می شود. در درمان رد پیوند متوسط تا شدید یا موارد مقاوم به استروئید توصیه می شود.			دوز ۱ الی ۱/۵ mg/kg/day به مدت ۴-۷ روز استفاده می شود. ممکن است بر اساس پروتکل مرکز نیاز به تجویز دوزهای تجمعی بالاتر باشد.		
		جراح فلوشیپ پیوند کلیه و کبد، فوق تخصص گوارش و نفرولوژیست	در پیوند پانکراس: در تمامی گیرنده ها به عنوان اینداکشن توصیه می شود. در درمان رد پیوند گرید ۱ به بالا توصیه می شود.			دوز ۱ الی ۱/۵ mg/kg/day به مدت ۴-۷ روز استفاده می شود. عموماً دوزهای تجمعی به میزان ۵-۶ mg/kg بر اساس وزن تو تال بیمار کفایت می کند.		
		جراح فلوشیپ پیوند ریه و فوق تخصص ریه	در پیوند ریه: جهت اینداکشن در افراد زیر ۶۵ سال و افرادی که از نظر ریسک بروز عفونت هایی مانند CMV، ریسک بالا نیستند، توصیه می شود. در سایر موارد بر اساس شرایط ممکن است استفاده شود. در درمان رد پیوند ریه عموماً در بیمارانی که رد پیوند شدید دارند و به استروئید پاسخ مناسب نمی دهند استفاده می شود.			عموماً ۱.۵ mg/kg روزانه برای ۳ دوز جهت اینداکشن استفاده می شود. دوز ۱ الی ۱/۵ mg/kg/day به مدت ۳ تا ۴ روز استفاده می شود.		

بسمه تعالی

راهنمای تجویز ATG (Anti Thymocyte Immunoglobulin)

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		محل مصرف دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو	توضیحات
			اندیکاسیون	کنترا اندیکاسیون				
		جراح فلوشیپ پیوند کلیه، کبد و قلب، فوق تخصص نارسایی قلب و نفرولوژیست	پیوند قلب: عموماً به عنوان اینداکشن در افراد حساس مانند افراد با PRA مثبت یا گیرنده های خانم یا سابقه پیوند، یا در افرادی که تمایل به تاخیر در شروع CNI است (مثلاً افراد با اختلال عملکرد کلیه) استفاده می شود یا در مواردی که مطابق با پروتکل مرکز، ریسک رد پیوند بالا در نظر گرفته می شود (برای مثال پیوند از ECD)، جهت درمان رد پیوند در موارد شدید که منجر به اختلال همودینامیک شده است یا در موارد مقاوم رد پیوند سلولار استفاده می شود. پیوند کلیه: در عمده موارد پیوند کلیه توصیه به اینداکشن تراپی با ATG می شود. در موارد two-haplotype- identical, living, related kidneys نیاز نیست. در مواردی که دهنده زنده است و فرد هیچ ریسک فاکتور دیگری (مانند سابقه بارداری یا تزریق های خون مکرر یا PRA مثبت ندارد) برای رد پیوند ندارد، ممکن است تجویز نشود. در درمان رد پیوند سلولار گرید 1A که به استروئید پاسخ ندهد (عدم رسیدن کراتینین به نزدیک ۱۰ درصدی سطح پایه بعد از ۵ روز از درمان با استروئید) یا در موارد گرید بالاتر رد پیوند سلولار، تجویز می شود. در پیوند کلیه و قلب: ۱. القای سرکوب ایمنی (Induction of Immunosuppression)			در پیوند کلیه عموماً دوزهای تجمعی 3-4 mg/kg (دوز اول ترجیحاً از ۱ ساعت قبل از جراحی تجویز شود). در موارد ریسک بالا جهت رد پیوند یا بروز DGF، دوز دارو تا 5-6 mg/kg قابل افزایش است. در درمان رد پیوند عموماً دوز تجمعی 5-10 mg/kg بر اساس شدت رد پیوند و پاسخ بالینی و آزمایشگاهی (سیر کاهش کراتینین) تجویز می گردد. در پیوند قلب عموماً با دوز 1-1.5 mg/kg روزانه تجویز می شود که دوز تجمعی بر اساس شرایط تا ۷ دوز قابل تجویز است. در درمان رد پیوند قلب د صورت وجود اندیکاسیون، دوز 0.75-1.5 mg/kg روزانه برای ۵-۱۴ روز قابل تجویز است. دوز تجمعی ۴.۵ الی ۶ mg/kg طی یک دوره ۳ تا ۱۴ روزه در پیوند کلیه تجویز می شود. دوز تجمعی ۳ الی ۱۲.۵ mg/kg طی یک دوره ۳ تا ۱۴ روزه در پیوند قلب تجویز می شود.		

بسمه تعالی

راهنمای تجویز ATG (Anti Thymocyte Immunoglobulin)

توضیحات	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	محل مصرف دارو	شرط تجویز		افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد دارو	نام دارو
				کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون			
					<ul style="list-style-type: none"> - بیماران حساس شده (Sensitized patient): بیماران با Panel reactive antibody مثبت با هر میزان - بیماران بسیار حساس شده (Highly sensitized) - بیماران کاندید پیوند دوم و سوم - بیمارانی که به دلیل شرایط بالینی دریافت رژیم های فاقد استروئید یا رژیم های حاوی MTOR inhibitors از ابتدای پیوند می باشد. - در بیمارانی که سن اهداکننده بالاتر از ۵۰ سال است. - بیماران دریافت کننده کلیه و قلب از اهداکننده های Extended Criteria Donor (ECD) - زمان ایسکمی سرد بیش از ۶ ساعت حین پیوند - جهت کاهش خطر عود بیماریهای اولیه در کلیه پیوندی نظیر ... IgA nephropathy, FSGS, - در پیوند بیماران HLA mismatch با اهداکننده - پیوند در موارد ABO Incompatibility <p>تبصره: در گیرنده های two haplotype matched living related allografts و افرادی که پیوند دارای عملکرد یک عضو دیگر نظیر کبد یا قلب برای القای ایمنی الزامی نیست.</p> <p>۲. درمان و مدیریت تاخیر عملکرد پیوند (Delayed Graft Function. DGF):</p>			

بسمه تعالی

راهنمای تجویز ATG (Anti Thymocyte Immunoglobulin)

توضیحات	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	محل مصرف دارو	شرط تجویز		افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد دارو	نام دارو
				کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون			
					<p>- در بیماران دچار آسیب ناشی از ایسکمی و برقراری مجدد جریان (Ischemia/reperfusion injury) با تجویز ATG می توان باعث بهبود عملکرد کلیه و قلب کاهش خطر رد پیوند (Rejection) می شود. بنابراین در افراد با حجم ادرار نامناسب بلافاصله پس از پیوند شروع ATG ضروری است.</p> <p>- در بیماران با تأخیر عملکرد پیوند و نیاز به دیالیز پس از پیوند</p> <p>۳. درمان رد حاد پیوند (Acute severe rejection)</p> <p>-در درمان رد حاد پیوند کلیه و قلب به ویژه Severe cellular rejection اندیکاسیون دارد.</p>			
		<p>2.5 mg/kg روزانه برای ۳ روز در روزهای ۱- و ۲- و ۳- قبل از پیوند یا 0.5 mg/kg، ۲ روز قبل از پیوند و 2mg/kg، یک روز قبل و یک روز بعد از پیوند تجویز می شود.</p>			<p>جهت پیشگیری از GVHD در بیمارانی که تحت HSCT از دهنده unrelated یا haploidentical که تحت رژیم myeloablative یا reduced intensity conditioning قرار می گیرند، ATG را می توان به رژیم پروفیلاکسی علیه GVHD اضافه کرد.</p>	<p>جراح فلوشیپ پیوند کلیه و نفرولوژیست</p>		

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

راهنمای تجویز داروی HMG

عوارض دارویی	توضیحات	دوز و تواتر مصرف دارو	شرط تجویز		افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد دارو	نام دارو
			اندیکاسیون	کنتر اندیکاسیون			
<p>- خطرات چند قلو زایی و OHSS بخصوص در افرادی که PCOS دارند. - سندرم هایپراستیمولاسیون</p>	<p>پروتکل های دیگری مانند step down که با دوز بالاتر (۲ آمپول) شروع می شود و سپس دوز کاهش پیدا می کند، ممکن است استفاده شود. بعد از شروع دارو، هر ۴-۷ روز (در افراد با PCOS فرکانس بیشتر مانیاتورینگ پایین تر انتخاب شود) مانیتور شود و بعد از مشاهده پاسخ مناسب، بر اساس پروتکل مرکز درمان قطع و القای تخمک گذاری با hCG یا LH صورت می گیرد.</p>	<p>هم در WHO group 1 هم در Group 2، می توان با دوز کم (بخصوص در گروه ۲ مانند افراد با PCOS) مانند روزی ۱ آمپول شروع کرد. بعد از ۴-۷ روز می توان بر اساس سطح استرادیول سرمی یا سونوگرافی دوز دارو را به روزی ۲ آمپول افزایش داد. در سیکل های بعد تجویز، دوز تجویزی مشابه با دوزی از سیکل قبلی که سایز مناسب فولیکول با آن دیده شده است، تجویز شود. در بعضی پروتکل ها در افراد PCOS که به اثرات گنادوتروپین ها حساس هستند و ریسک هایپراستیمولیشن تخمدان یا چندقلو زایی دارند، می توان دوز های کمتر در حد ۵-۳۷.۵ روزانه استفاده کرد. دوز های بیشتر از ۲۲۵ واحد در روز توصیه نمی شود طول مدت استفاده بیش از ۲-۳ هفته توصیه نمی شود. تا ۳ کورس دارو قابل استفاده است.</p>	<p>۱. القای تخمک گذاری در بیماران که عدم تخمک گذاری هایپوگنادوتروپیک با hypopituitarism دارند، در کسانی که hypothalamic amenorrhea (هایپوگنادیسم هایپوگنادوتروپیک یا WHO group 1 نازایی) دارند و امکان استفاده از درمان با پالس های GnRH وجود ندارد. در خانم هایی که PCOS همراه با نازایی دارند (WHO group 2) و با اقدامات روتین مانند کاهش وزن، کلومیفن، لتروزول و درمان های کمکی کماکان تخمک گذاری اتفاق نمی افتد.</p>	<p>- در افرادی که منع استفاده از استرادیول دارند. - آلرژی</p>	<p>- متخصص زنان و زایمان دارای فلوشیپ نازایی - متخصص زنان و زایمان* - متخصص اورولوژی فقط در خصوص اندیکاسیون شماره ۵ و ۶</p>	سرپایی	HMG

بسمه تعالی

عوارض دارویی	توضیحات	دوز و تواتر مصرف دارو	شرط تجویز		افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد دارو	نام دارو
			اندیکاسیون	کنتر اندیکاسیون			
		روزانه ۲-۴ آمپول در کنار سایر درمان ها مانند GnRH آگونیست ها در long protocol یا بر اساس نوع پروتکل مرکز. دوز دارو بر اساس وزن بیمار، نتایج سونوگرافی، سطح استرادیول و پاسخ قبلی بیمار متفاوت است. تا ۶ آمپول (۴۵۰ واحد) در روز قابل افزایش است. دارو تا زمانی که فولیکول ها به سایز مناسب برسند، که عموماً ۵-۱۴ روز ممکن است طول بکشد ادامه می یابد(حداکثر ۲۰ روز).	۲. جهت درمان نازایی در IVF				
	حداقل بین ۳ تا ۶ سیکل درمانی	روزانه ۱ یا ۲ آمپول به مدت ۱ تا ۱۶ روز	۳. در موارد نازایی جهت تحریک تخمک گذاری با یا بدون IUI				
	حداقل بین ۳ تا ۶ سیکل درمانی و گاهی تا ۱۲ سیکل	روزانه ۳ تا ۶ آمپول به مدت ۱۰ تا ۱۲ روز	۴. در موارد نازایی جهت انجام IVF یا ICSI				
	- حداکثر تا ۳ سیکل درمانی	- روزانه ۳ تا ۶ آمپول به مدت ۱۰ تا ۱۲ روز	۵. در موارد انتخاب جنس جنین و یا اختلالات کروموزومی در بیماران بارور که خواهان انجام PGS یا PGD می باشند.				
	- به مدت ۳ تا ۶ سیکل	- روزانه ۱ تا ۲ آمپول مدت ۱۰ تا ۱۲ روز	۶. در موارد سقط مکرر در افرادی که اختلالات اندومتر دارند				

بسمه تعالی

عوارض دارویی	توضیحات	دوز و تواتر مصرف دارو	شرط تجویز		افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	کاربرد دارو	نام دارو
			اندیکاسیون	کنتر اندیکاسیون			
	- به مدت دو سال	- ۷۵ LU تا ۱۵۰ LU، سه بار در هفته	۷. در بیماران آقا مبتلا به بیماری Hypogonadotropic hypogonadism				
	- حداقل ۶-۴ ماه. در صورت عدم پاسخ و عدم مشاهده اسپرم، دوز دارو با ۱۵۰ واحد، سه بار در هفته افزایش یابد به مدت ۶ ماه تجویز این دوز ادامه یابد.	- در افرادی که به hCG پاسخ مناسبی نداده اند: ۷۵ IU سه بار در هفته در ترکیب با hCG ۲-۳ بار در هفته	۸. آزو اسپرمی غیر انسدادی جهت بهبودی اسپرماتوژنز				
	- حداقل ۶-۴ ماه. در صورت عدم پاسخ و عدم مشاهده اسپرم، دوز دارو با ۱۵۰ واحد، سه بار در هفته افزایش یابد به مدت ۶ ماه تجویز این دوز ادامه یابد.	- در افرادی که به hCG پاسخ مناسبی نداده اند: ۷۵ IU سه بار در هفته در ترکیب با hCG ۲-۳ بار در هفته	۹. آزو اسپرمی غیر انسدادی جهت بهبودی اسپرماتوژنز				

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۲ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

- * متخصص زنان و زایمان به شرطی می تواند دارو را تجویز کند که مانیتورینگ دقیق توسط سونوگرافی و عوارض دارو را دقیقاً بداند و دسترسی به بخش نازایی جهت ارجاع بیمار داشته باشد.

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز ریتوکسیماب در بیماری میاستنی گراو

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		محل مصرف دارو	دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو
			اندیکاسیون	کنترا اندیکاسیون			
AMP: Rituximab 100 و 500 میلی گرم	جهت کنترل بیماری میاستنی گراو	نورولوژیست و نورولوژیست فلوشیپ نوروماسکولار	۱. میاستنی گراو مطلق: همزمان با عفونت فعال / کنسر فعال و درمان نشده / نارسایی قلبی کلاس ۴ / هرگونه واکنش های تهدید کننده حیات حساسیت به دارو/ هپاتیت B و C بدون درمان ۳. منع مصرف یا عوارض جدی با سایر داروهای ایمونوساپرسیو	مطلق: همزمان با عفونت فعال / کنسر فعال و درمان نشده / نارسایی قلبی کلاس ۴ / هرگونه واکنش های تهدید کننده حیات حساسیت به دارو/ هپاتیت B و C بدون درمان نسبی: آریتمی / ترومبوسیتوپنی / لکوپنی / نارسایی کلیه	بستری در بخش یا دی کلینیک	بزرگسال دوز اولیه یک گرم (یکبار یا دوبار بفاصله دو هفته) و سپس ۵۰۰-۱۰۰۰ میلی گرم هر ۳-۶ ماه یا بر اساس CD19%	CBC, HbsAg, HbsAb, HbcAb, PPD, HCVAb نوار قلب / رد عفونت های زمینه ای

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

