



تاریخ: ۱۴۰۰/۰۹/۰۳

شماره: ۲۸/۳۶/۱۶۶۵۰۱

پیوست: دارد

۰۹:۲۰

جناب آقای دکتر خردمند، رییس محترم سازمان نظام پزشکی قزوین  
سرکار خانم دکتر حاجیان، مدیر محترم گروه داخلی

با سلام و احترام

با عنایت به نامه شماره ۱۰۷۲۲۵/۵۳/د تاریخ ۱۴۰۰/۸/۲۹ معاونت محترم غذا و دارو در خصوص کمبود برند خارجی داروهای تاکرولیموس، مایکوفنولات موفتیل، مایکوفنولات سدیم در سبد دارویی کشور و با توجه به شکایات بیماران کلیوی مبنی بر بی اثر بودن و عوارض جانبی برندهای داخلی این داروها، به منظور جمع آوری مستندات لازم برای درخواست افزایش میزان واردات برندهای خارجی شناخته شده، خواهشمند است دستور فرمایید؛ اطلاع رسانی لازم به پزشکان محترم تجویز کننده داروهای مذکور جهت ثبت و گزارش عوارض دارویی داروهای تولید داخل (بر اساس فرم پیوست) و ارسال نتایج به حوزه معاونت محترم غذا و دارو انجام گردد. شایان ذکر است؛ در حال حاضر بر اساس دستورالعمل‌های وزارت متبوع، تحویل برندهای خارجی داروهای مذکور صرفاً به بیماران پیوند اعضا صورت می‌گیرد.

دکتر عبدالله کشاورز  
سرپرست معاونت درمان دانشگاه

## مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (ADR)

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

۱- مشخصات بیمار: کد ملی:

نام و نام خانوادگی:

تاریخ تولد:

سن:

جنس:  مذکر  مونث  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: (آلرژی، بیماری ارثی، نقص آنزیمی، بیماریهای فعلی و اعتیاد ...):

۷- آیا عارضه مشاهده شده بعد از قطع مصرف دارو، کاهش یافته است؟  بلی  خیر۸- آیا بعد از تکرار مصرف دارو، عارضه مجدداً ظاهر شده است؟  بلی  خیر۹- 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 دارویی 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 قراردادی با منطقه ۱۷ پستی پرداخت گردیده است



طرف قرارداد: سازمان غذا و دارو  
تهران - صندوق پستی: ۴۶۶-۱۷۷۷۵  
تلفن: ۶۶۱۷۶۹۳۴-۶۱۹۲۷۱۴۴

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

مشخصات گزارشگر:  پزشک  داروساز  پرستار  متخصص  سایر مشاغل.....  
نام و نام خانوادگی گزارشگر: نام مرکز درمانی:  
شماره نظام پزشکی: تلفن تماس:  
آدرس کامل پستی گزارشگر: استان.....شهرستان.....روستا.....خیابان.....کوچه.....پلاک.....  
تاریخ...../...../.....امضاء یا مهر گزارشگر: