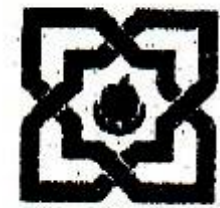


شماره: ۹۹/۳۲۵۱۸۱
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰
پوست: فایل

باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان فارس

داری کوهپایه بین المللی پرستاری

ISO ۹۰۰۱:۲۰۰۸

۴-حادی

کرونا؛ فرصتی برای تغییر نگاه به سالمندان

روسای محترم دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان و گراش

موضوع: ابلاغ پوشش بیمه داروهای جدید و راهنمای تجویز داروی ریتوکسیماب در میاستنی گراو

با سلام و احترام

با توجه به نامه شماره ۹۹/۳۳۱۳۸۴ به تاریخ ۱۳۹۹/۰۹/۰۵ معاون محترم بیمه و خدمات سازمان بیمه سلامت ایران و براساس ابلاغیه پوشش بیمه خدمات و داروهای جدید توسط مقام عالی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۱۰۰/۱۳۳۱ مورخ ۹۹/۸/۱۹ جهت اجرا از تاریخ ابلاغ، به پیوست ایفاد می گردد. بر این اساس قرص انالاپریل ۱۰ میلی گرمی، فرم دیسکی اسیری استنشاقی سالمترول / فلوتیکازون، ویال وانکومايسين ۱۰۰۰ میلی گرمی، قرص و کپسول ایماتینیب ۴۰۰ میلی گرمی، دارای پوشش بیمه ای گردیده اند. قیمت و شروط هر یک از این داروها در سامانه اعلام نرخ داروی سازمان بیمه سلامت لحاظ گردیده و قابل مشاهده می باشد.

همچنین با توجه به ارسال راهنمای تجویز داروی ریتوکسیماب در میاستنی گراو توسط معاون محترم درمان وزارت بهداشت، طی نامه شماره ۱۰۶۱۰/۴۰۰/د مورخ ۹۹/۶/۱۷ راهنمای تجویز داروی ریتوکسیماب در میاستنی گراو، جهت اجرا به پیوست ایفاد می گردد. رعایت مفاد این راهنما از تاریخ ابلاغ لازم الاجرا می باشد. مراتب جهت استحضار و صدور دستور مقتضی جهت اطلاع رسانی به واحد های ذیربط ایفاد می گردد.

اهم مواردی که لازم است هنگام تأیید داروی ریتوکسیماب در میاستنی گراو مورد توجه قرار گیرد عبارتند از:

آندیکاسیون:

- میاستنی گراو (Muscle-Specific Kinase Antibody) Anti-Musk مثبت

- میاستنی گراو ژنرالیزه مقاوم به پردنیزولون و داروهای ایمونوساپرسیو

شماره: ۵۲۱۲۷۸۲

شیراز: خیابان رضایی، پلاک ۱۶۱، تلفن: ۰۷۱۳۲۳۲۳۴۶۶

پست الکترونیک: info@fr.ihio.gov.ir / <http://fr.ihio.gov.ir> / تلفن گویا: ۱۶۶۶

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰
مهر: [Handwritten Signature]

شماره: ۹۹/۲۲۵۱۸۱

تاریخ: ۱۳۹۹/۰۹/۱۰

پوست: فایل

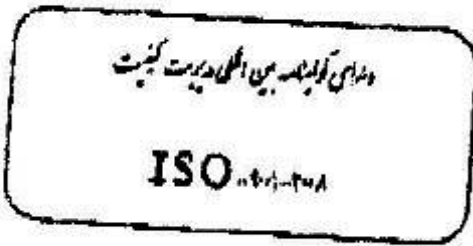
باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بهداشت ایران
اداره کل میره سلامت استان فارس

۲- خلای

کرونا؛ فرصتی برای تغییر نگاه به سالمندان



افراد صاحب صلاحیت در تجویز دارو:

نورولوژیست، نورولوژیست فلوشیپ نوروماسکولار

اعتبار این راهنمای تجویز، برای مدت ۳ سال است و بعد از اتمام مهلت زمانی، ویرایش می گردد.

دکتر فرهاد لطفی

مدیر کل

رونوشت:

انجمن محترم داروسازان استان فارس جهت اطلاع ✓

شماره: ۵۶۱۲۷۸۳

شعبه: خیابان امام علی شمال کمرپوش ۱۳۳۲۷-۱۳۳۲۱-۱۶۱۱-۷۱۶۶۵-۱۶۱۱-۲۲۲۲۲۲۲۲-۷۱۶۶۵-۲۲۲۲۲۲۲۲

پست الکترونیک: info@fr.ihio.gov.ir | وبسایت: <http://fr.ihio.gov.ir>



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 Anti-MuSK مثبت ۲. میاستنی گراو ژنرالیزه مقاوم به پردنیزولون و داروهای ایمونوساپرسیو ۳. منع مصرف با 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: آرتمی / ترومبوسیتوپنی / لکوپنی / نارسایی کلیه	بستری در بخش یادی 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.