

جناب آقای دکتر حیدری ، معاونت محترم غذا و داروی دانشگاه

با سلام واحترام

پیرو جلسه مورخ ۹۹ / ۱۱ / ۷ نمایندگان محترم معاونت دارو و درمان در خصوص سامانه حواله الکترونیک ، ضمن تشکر از مساعدتهای آن معاونت در این زمینه ، خواهشمند است در راستای عملیاتی نمودن طرح حواله دارویی مذکور ، ترتیبی اتخاذ گردد تا مسئولین فنی محترم داروخانه های ارائه دهنده داروهای بیماران خاص ملزم به اجرای موارد زیر باشند:

- تکمیل و ارجاع فرم معرفی بیماران دریافت کننده داروهای حواله ای (طبق سامانه) به اداره بیماران خاص و پیوند اعضاء دانشگاه به صورت هفتگی

- ورود به سامانه scm.fda.gov.ir توسط مسئولین فنی داروخانه های منتخب ارائه دهنده داروهای خاص و تکمیل اطلاعات مورد نیاز

- بررسی و رؤیت حواله دارویی صادر شده جهت بیمار در آیتم اسناد / پرونده بیماران / مجوز تحویل فرآورده

- بررسی حواله دارویی در آیتم مجوز تحویل فرآورده بر اساس کد ملی بیمار

- مقایسه نوع داروی تجویز شده با حواله صادر شده

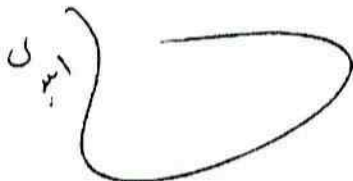
- در صورت یکسان بودن نوع دارو در نسخه و حواله ، دارو به بیمار تحویل گردد.

- در صورت مغایرت نوع دارو، فرم جدید جهت بیمار تکمیل و به اداره بیماران خاص جهت ویرایش پرونده بیمار ، تحویل گردد.

- لازم به ذکر است فرم مربوطه تنها یکبار جهت بیمار تکمیل می گردد و در مراجعات بعدی بیمار، فقط در صورت تغییر دارو نیاز به ویرایش فرم یا هماهنگی با اداره بیماران خاص می باشد.

دکتر اورنگ ایلامی

سرپرست معاونت درمان



رونوشت :

- جناب آقای دکتر خسروی ، مدیر محترم دارو و غذا جهت استحضار

کمی
سی



فرم دریافت کننده داروهای بیماران ام اس

قابل توجه بیماران محترم: در صورتی که این فرم در ماههای قبل توسط شما تکمیل شده است، نیاز به تکمیل مجدد نمی باشد. (لطفاً فرم با خط بسیار خوانا نوشته شود)

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام و نام خانوادگی پزشک:
نام پدر:	شماره نظام پزشکی:
ملیت:	نوع تخصص پزشکی:
جنسیت:	تابعیت:
کد ملی:	نوع بیمه:
تاریخ تولد: روز / ماه / سال	شماره بیمه:
شماره همراه:	سال تشخیص ام اس:
شهرستان محل سکونت:	مدرک تحصیلی:
نوع بیماری:	نام داروخانه دریافت دارو:
محل تولد:	تعداد کل داروی تجویز شده توسط پزشک:
تاریخ صدور نسخه:	نام دارو و دوز مصرفی ثبت (میلی گرم) دارو الزامی است
نحوه مصرف:	تعداد دارو در یکماه:



فرم دریافت کننده داروهای پیوندی:

نام و نام خانوادگی بیمار:	نام و نام خانوادگی پزشک:	
نام پدر:	شماره نظام پزشکی:	
ملیت:	نوع تخصص پزشک:	
کد ملی:	نوع بیمه:	
تاریخ تولد: روز / ماه / سال	شماره بیمه:	
شماره همراه:	عضو پیوندی:	
شهرستان محل سکونت:	بیمارستان محل پیوند:	
آدرس کامل:	تاریخ پیوند: روز / ماه / سال	
نوع بیماری: (بیماران غیر پیوندی که مصرف کننده داروهای حواله ای پیوند هستند)	نازایی	نام داروخانه دریافت دارو:
	سندرم نفروتیک	نام دارو و دوز مصرفی: (ثبت میلی گرم ضروری است)
	سایر (با ذکر نام بیماری)	تعداد دارو در یکماهه:
	تاریخ تجویز دارو:	تعداد نسخه شده توسط پزشک: