

شماره: ۱۴۰۰/۲۰۰۳۵۵

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

پوست:

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه سلامت ایران

اداره گل بیمه سلامت استان فارس

۴-خاوی

امام علی ع: "امربه معروف وسی از منکر دعوت به اسلام است"

هفته احیاء امربه معروف کرامی باد

وزاری کرباندرمین اعلی میرت کینت

ISO-9001-2008

معاونین محترم درمان دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، لارستان و گراش
معاونین محترم غذا و داروی دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، جهرم، فسا، لارستان و گراش
موضوع: پوشش بیمه ای داروی توسیلیزوماب
با سلام و احترام

با توجه به ابلاغ وزیر محترم وقت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی و رئیس محترم شورای عالی بیمه سلامت کشور به شماره ۱۰۰/۷۲۶ به تاریخ ۱۴۰۰/۵/۲۴، به استحضار می رساند؛ داروی توسیلیزوماب از تاریخ ابلاغ و مبتنی بر راهنمای تجویز ابلاغی معاونت محترم درمان وزارت بهداشت به شماره ۴۰۰/۱۰۸۵۲ د به تاریخ ۱۴۰۰/۵/۲۵ (پیوست) جهت درمان کووید-۱۹ تحت پوشش بیمه قرار دارد. بر اساس راهنمای تجویز ابلاغی، شرایط پذیرش داروی توسیلیزوماب به شرح زیر می باشد:

- این دارو صرفاً در بخش بستری بیمارستان، با دوز مندرج در راهنمای تجویز، توسط پزشکان متخصص داخلی، عفونی، فوق تخصص ریه، فوق تخصص مراقبت، ویژه، قابل پرداخت می باشد و برای بیماران غیر بستری (سرپائی و بستری موقت) قابل پرداخت نیست.
- توسیلیزوماب در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ که بر اساس شواهد آزمایشگاهی، رادیولوژیک و بالینی، کاندید بستری و در فاز انتهایی شدید، با هیپوکسی مقاوم (نیاز به اکسیژن مکمل) می باشند، در صورت عدم پاسخ به کورتیکواستروئید و سیر شدیداً پیشرونده بیماری (با در نظر گرفتن شرایط بالینی بیمار و قضاوت درمانگر) قابل پرداخت است.
- این دارو در موارد پلاکت زیر ۵۰ هزار، شک به عفونت ویرال (غیر کرونا)، باکتریال و قارچی، ANC زیر ۵۰۰، شک به انسداد یا بیماری زمینه ای با خطر بالای پارگی احشاء گوارشی، نارسایی کبدی زمینه ای، منع مصرف دارد.
- دوز توسیلیزوماب برای بیماران با وزن ۹۰ کیلوگرم و کمتر، یک ویال و برای وزن بالاتر، حداکثر دو ویال قابل پرداخت است. در صورت عدم پاسخ مناسب، این دوز، یکبار دیگر برای ۱۲ تا ۲۴ ساعت بعد، قابل تکرار است. این دارو همراه با دوز استاندارد کورتیکواستروئید (۸ میلی گرم دگزامتازون وریدی) قابل تجویز است.
- شرایط تجویز این دارو عبارتست از CRP بالا (ترجیحاً بالای ۷۰ mg/l) به همراه شواهد درگیری ریه در سی تی اسکن به نفع بیماری کووید
- تأیید دو پزشک صاحب صلاحیت، برای تجویز این دارو الزامی است. در این خصوص، بیمارستان های طرف قرارداد با هماهنگی معاونت محترم درمان استان، می توانند نسبت به طراحی فرم "تجویز توسیلیزوماب در بیماران کووید" جهت تأیید دو پزشک صاحب صلاحیت اقدام نمایند. (فرم تدوین شده توسط دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی تهران، جهت ملاحظه و بهره برداری منضم می باشد)

ش ۵۸۳۰۰۲۲

شیراز-خیابان وصال شمالی کد پستی: ۷۱۳۳۳۹-۱۴۳۹۷-۱۶۱-۷۱۶۴۵ تلفن: ۰۷۱-۳۳۳۳۳۱۲-۷۱، شماره ۰۷۱-۳۳۳۳۳۵۴۶

پست الکترونیکی: info.fr@ihio.gov.ir؛ وبسایت: <http://fr.ihio.gov.ir>؛ تلفن گویا: ۰۶۶۶

دکتر سید علی حسینی

شماره: ۱۴۰۰/۲۰۰۳۵۵

تاریخ: ۱۴۰۰/۰۶/۱۶

پوست:

باسمه تعالی
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان فارس

۴- عادی

امام علی ع: "امر به معروف و نهی از منکر عودت به اسلام است"
هفته اجیاء امر به معروف کرامی باد

اداری گواهی‌دهنده بین‌المللی مدیریت کیفیت

ISO ۹۰۰۱-۲۰۰۸

- نسخ این دارو در داروخانه های بخش سرپائی، قابل پذیرش و پرداخت نمی باشد.
- محاسبه و پرداخت داروی فوق به همراه داروی Remdesivir بلامانع است.

شایان ذکر است کنترل اندیکاسیون این دارو توسط ادارات کل استانی، مبنی بر فاز التهابی شدید، با هیپوکسی مقاوم (نیاز به اکسیژن مکمل)، عدم پاسخ به کورتیکواستروئید و سیر شدیداً پیشرونده بیماری صرفاً از طریق پرونده بیمارستانی توسط کارشناسان رسیدگی به اسناد بستری، قابل بررسی و تطابق با راهنمای تجویز می باشد. شایان ذکر است؛ کد، شرط تجویز، الزام کنترل اصالت، فرانشیز، سقف تعدادی و طول دوره این دارو، در سامانه های مربوطه لحاظ شده است. لذا خواهشمنداست، دستورفرمائید، مراتب به نحو مقتضی به کلیه مراکز درمانی تابعه آن معاونت اطلاع رسانی گردد.

دکتر فرهاد لطفی



رونوشت:

ر و س ای محترم بیمارستان های مسلمین، ایران، ارتش، شهید بهشتی، شهید دوران و بیمارستان های خصوصی و خیریه جهت استحضار

انجمن داروسازان استان فارس جهت استحضار ✓

ش ۵۸۳۰۰۲۲

شیراز-خیابان وصال شمالی کد پستی: ۱۴۳۹۷-۷۱۳۳۹ صندوق پستی: ۱۶۱-۷۱۶۳۵ تلفن: ۰۷۱-۳۲۲۳۳۳۱۲-۰۷۱-۳۲۲۳۳۳۵۴۶

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