

## فرم درخواست داروی تک نسخه‌ای

۱- این بخش توسط همکاران پزشک تکمیل می‌گردد. (تکمیل کلیه موارد الزامی است).

نام و تخصص پزشک:	
نشانی و شماره تلفن مطب:	
شماره تلفن همراه:	
نام بیمار:	
تشخیص:	
نام، شکل و قدرت دارو:	
تعداد اقلام تجویز شده:	
طول دوره درمان:	
<p>علت تجویز دارو:</p> <p>الف- عدم وجود داروی قابل تجویز در اندیکاسیون تشخیص داده شده در فهرست داروهای ایران (با ارائه توضیح) <input type="checkbox"/></p> <p>ب- سابقه عدم پاسخدهی بیمار به داروهای موجود در فهرست داروهای ایران در اندیکاسیون تشخیص داده شده <input type="checkbox"/></p> <p>ج- عدم تناسب تجویز داروهای موجود در فهرست داروهای ایران برای بیمار مورد نظر به دلیل ایجاد عارضه جانبی خطرناک و یا موارد دیگر <input type="checkbox"/></p> <p>* در موارد ب و ج ارائه مدارک سابقه تجویز سایر داروهای موجود در فهرست و علت جایگزینی داروی تک نسخه‌ای الزامی است و می‌بایست به فرم درخواست ضمیمه گردد.</p> <p>* در مورد داروهای درخواستی موجود در فهرست داروهای ایران که پزشک به دلیل ایجاد عوارض جانبی و یا عدم اثر بخشی داروی داخلی، مشابه خارجی آن را تجویز می‌نماید، اعلام نظر دبیرخانه شورا منوط به بررسی و تأیید موارد مذکور توسط مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته دارویی (ADR) می‌باشد.</p>	

گزارش وضعیت بیمار:

سابقه دارو درمانی:

مهر و امضا

تاریخ

## فرم درخواست داروی تک نسخه‌ای

### تعهد نامه پزشک

اینجانب دکتر..... به شماره نظام پزشکی..... با علم به اینکه داروی تجویز شده خارج از فهرست داروهای ثبت شده رسمی کشور بوده و مراحل کنترلی وزارت بهداشت را طی ننموده است، و با اطلاع از ماده ۱۷ آیین نامه انضباطی سازمان نظام پزشکی، داروهای موجود در فهرست رسمی داروهای ایران را در درمان و بهبود بیمار مزبور آزموده و با توجه به عدم کارایی آن‌ها و یا بروز عوارض جانبی مخاطره آمیز، مصرف داروی فوق را ضروری دانسته و مسئولیت عواقب و عوارض ناشی از تجویز آن را می پذیرم و متعهد می‌گردم که نتایج بالینی حاصل از تجویز این دارو آن را به اطلاع سازمان غذا و دارو وزارت بهداشت برسانم. با آگاهی از این امر که در صورت عدم ارسال نتایج بالینی در مدت زمان تعیین شده، امکان درخواست مجدد داروی فوق را برای بیماران نخواهم داشت.

مهر و امضا

تاریخ

### ۲- این قسمت توسط بیمار تکمیل می‌گردد. (ارائه کپی کارت ملی بیمار الزامی است)

اینجانب ..... دارای کد ملی ..... با اطلاع از اینکه داروی ..... در فهرست رسمی داروهای کشور ثبت نشده و مراحل کنترل کیفی وزارت بهداشت را طی ننموده است و با عنایت به تشخیص و تجویز پزشک معالج خود، متعهد می‌گردم که در صورت بروز هر نوع عارضه یا عدم اثر بخشی از داروی فوق، هیچ گونه شکایتی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نخواهم داشت. همچنین اعلام می‌کنم که از قیمت اعلام شده این دارو توسط شرکت ..... برای دوره درمانی تعیین شده توسط پزشک خود آگاهی کامل داشته و جهت تهیه داروی خود، از سازمان غذا و دارو تقاضای مساعدت مالی نخواهم داشت.

امضا

تاریخ

شماره تماس:

### ۳- اعلام نظردبیرخانه شورای بررسی و تدوین داروهای ایران

تاریخ.....

#### اداره کل امور دارو

با احترام، با توجه به آنکه طبق بررسی‌های به عمل آمده توسط این دبیرخانه ضرورت تجویز داروی ..... برای بیمار..... تأیید شده است، دستور فرمایید نسبت به تهیه تعداد ..... قلم داروی فوق صرفاً برای مصرف بیمار فوق الذکر اقدام گردد.

دکتر شکوفه نیکفر

دبیر شورای بررسی و تدوین داروهای ایران