

فرم درخواست داروهای موردی

این بخش توسط پزشکان گرامی تکمیل می گردد. تکمیل کلیه موارد الزامی است. در صورت عدم تکمیل همه موارد، درخواست بررسی نخواهد شد.

نام و تخصص پزشک:			
نشانی و شماره تلفن مطب:			
شماره تلفن همراه پزشک:			
نام بیمار:	کد ملی:	جنسیت:	سن بیمار:
تشخیص (نام و فاز بیماری):			
نام دارو (ژنریک و برند):	شکل دارو:	قدرت دارو:	
تعداد دوز داروی مصرفی به ازای یک دوره درمان:	تعداد دوره مورد نیاز مصرف دارو:	تعداد کل داروی مورد نیاز:	
<input type="checkbox"/> الف - سابقه عدم پاسخدهی بیمار به داروهای موجود در فهرست داروهای ایران در اندیکاسیون تشخیص داده شده در فهرست داروهای ایران ذکر سابقه دارو درمانی:			علت تجویز دارو: (الزامی)
<input type="checkbox"/> ب - عدم تناسب داروهای موجود در فهرست داروهای ایران برای بیمار مورد نظر به دلیل ایجاد عارضه جانبی خطرناک و یا موارد دیگر بارگذاری تصویر فرم عوارض ناخواسته دارویی (ADR) در محل مربوطه الزامی است.			
تاریخ:		مهر و امضا پزشک:	

فرم درخواست داروی موردی

تعهد نامه پزشک

اینجانب دکتر..... به شماره نظام پزشکی با علم به اینکه داروی تجویز شده خارج از فهرست رسمی داروهای کشور می باشد و با اطلاع از بندهای (8) و (9) آیین نامه اجرایی بند (پ) ماده (72) قانون برنامه پنجساله ششم توسعه اقتصادی، اجتماعی و فرهنگی جمهوری اسلامی ایران که طی نامه ای به اینجانب اطلاع رسانی شده است، تجویز داروی مذکور را برای درمان حیاتی بیمار ضروری میدانم. لذا بدینوسیله خواستار تشکیل جلسه مربوط به بند (9) آیین نامه، جهت بررسی پرونده بیمار می باشم. همچنین با توجه به اینکه داروی خارج از فهرست فوق مراحل کنترلی وزارت بهداشت را طی ننموده است، مسئولیت عواقب و عوارض ناشی از تجویز آن را می پذیرم و متعهد می گردم که نتایج بالینی حاصل از تجویز این دارو را به اطلاع سازمان غذا و داروی وزارت بهداشت برسانم.

مهر و امضاء:

تاریخ:

این قسمت توسط بیمار تکمیل می گردد.

اینجانب دارای کد ملی با اطلاع از اینکه داروی در فهرست رسمی داروهای کشور ثبت نشده و مراحل تایید وزارت بهداشت را طی ننموده است و با عنایت به تشخیص و تجویز پزشک معالج خود، متعهد می گردم که در صورت بروز هر نوع عارضه یا عدم اثربخشی از داروی فوق، هیچ گونه شکایتی از وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی نخواهم داشت. همچنین اعلام می کنم که جهت تهیه داروی خود، از سازمان غذا و دارو تقاضای هیچگونه مساعدت مالی نخواهم داشت.

امضاء:

تاریخ:

شماره تماس:

این فرم بدون مهر و امضای پزشک به ویژه در قسمت تعهد نامه و بدون امضای بیمار در قسمت مربوطه فاقد اعتبار است.