

سامانه آنلاین ارسال گزارش عوارض ناخواسته دارویی و اشتباهات دارو پزشکی:

ADR.ttac.ir

- * طبق تعریف سازمان جهانی بهداشت، عارضه ناخواسته دارویی (ADR: Adverse Drug Reactions) عبارت است از هر نوع واکنش زیان آور و ناخواسته که به دنبال مصرف دارو در دوزهای معمول به منظور پیشگیری، تشخیص، درمان بیماری و یا تغییر عملکرد فیزیولوژیک بدن رخ می دهد.
- * خطاهای دارو پزشکی (ME: Medication Errors) عبارت است از هرگونه رویداد قابل پیشگیری که ممکن است باعث یا منجر به مصرف نامناسب فرآورده دارویی با ایجاد اثرات زیان آور در بیمار گردد.
- * شناسایی، ارزیابی، گزارش عوارض ناخواسته دارویی و پیشگیری از وقوع آنها در انسان را فارماکوویژیلانس گویند.
- * هنگام گزارش یک عارضه دارویی ذکر نام شرکت سازنده دارو و شماره سری ساخت آن ضرورت دارد.
- * کلیه شاغلین حرفه پزشکی از جمله پزشکان، پرستاران، داروسازان، دندانپزشکان و ... در گزارش عوارض ناخواسته دارویی مسئولیت دارند.
- * کلیه گزارش های ارسال شده به مرکز ADR از حیث هویت گزارشگر و بیمار مبتلا به عارضه دارویی محرمانه تلقی می گردد.
- * جهت ارسال گزارش، اطمینان از ارتباط مصرف دارو و بروز عارضه ضروری نیست و حتی تردید به ایجاد یک عارضه دارویی قابل گزارش می باشد.
- * در هر بیمارستان یا مرکز درمانی یک نفر رابط ADR وجود دارد که ضمن ارتباط مستمر با کارشناسان معاونت غذا و دارو، تحت نظارت رئیس یا مسئول فنی بیمارستان، مسئول جمع آوری و پیگیری گزارش عوارض و اشتباهات دارویی است.
- * جهت ارتباط مستقیم با واحد گزارش عوارض ناخواسته دارویی و اشتباهات دارو پزشکی معاونت غذا و دارو اصفهان با شماره تلفن ۰۳۱۳۷۹۲۴۸۲۵ تماس حاصل فرمایید.
- * ارسال به موقع گزارش عوارض ناخواسته دارویی و خطاهای داروپزشکی، می تواند با پیشگیری از تکرار عارضه و خطا در حفظ سلامت شهروندان و کاهش هزینه های درمان مؤثر می باشد.
- * برای تسریع در ارسال گزارش ADR و ME لازم است گزارشات از طریق درگاه اینترنتی ADR.ttac.ir به صورت آنلاین ارسال گردد. میزان فعالیت مراکز درمانی در گزارش دهی عوارض و اشتباهات داروپزشکی، در ارزیابی عملکرد مرکز مؤثر خواهد بود.

۱. مشخصات گزارشگر:

نام و نام خانوادگی گزارشگر:

تلفن همراه گزارشگر:

تخصص: پزشک داروساز پرستار متخصص سایر مشاغل

شماره نظام پزشکی / پرستاری:

استان: شهرستان: روستا: خیابان:

نام معاونت غذا و دارو مربوطه:

نام مرکز درمانی / بهداشتی / درمانی:

نام داروخانه:

امضاء یا مهر گزارشگر:

تاریخ: / /