**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: | |
| **شرح بیماری و درمان‌های انجام شده:**  **تعهد نامه پزشک**  اینجانب دکتر.................................................................................................. به شماره نظام پزشکی ....................................... با علم به اینکه داروی تجویز شده دارای محدودیت تامین و برای تعدادی از بیماران بسیار حیاتی می باشد، تجویز داروی مذکور را برای درمان حیاتی بیمار ضروری میدانم.  تاریخ: مهر و امضاء: | | | **علت تجویز دارو:**  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:  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: | | |