**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 ایرانذکر 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 دیگربارگذاری تصویر فرم عوارض ناخواسته دارویی (ADR) در محل مربوطه الزامی است.تاریخ: مهر و امضا پزشک: |