

اطلاعیه

📌 فلج برگشت‌ناپذیر ناشی از آمپول دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام

پیرو اطلاعاتیه‌های مکرر قبلی و با توجه به دریافت گزارشهای جدید از فلج برگشت‌ناپذیر ناشی از تزریق آمپول‌های دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام، توجه کلیه همکاران محترم را به موارد زیر در ارتباط با تجویز و مصرف آمپول دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام جلب می‌نماییم:

- ۱- از تجویز آمپول دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام در کودکان زیر ۱۵ سال جداً خودداری فرمایید.
 - ۲- جهت رفع درد در مواردی که تجویز کپسول، قرص و یا شیاف (کپسول ۱۰ میلی گرمی پیروکسیکام، قرص ۲۵ میلی گرم دیکلوفناک و شیاف‌های ۵۰ و ۱۰۰ میلی گرمی دیکلوفناک) امکان‌پذیر است، جداً از تجویز آمپول‌های پیروکسیکام و دیکلوفناک بپرهیزید.
 - ۳- از تزریق وریدی آمپول‌های دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام جداً خودداری فرمایید.
 - ۴- تزریق عضلانی آمپول دیکلوفناک سدیم باید به میزان ۷۵ میلی گرم در روز (در موارد شدید ۷۵ میلی گرم دو بار در روز) حداکثر به مدت ۲ روز تجویز گردد.
 - ۵- به منظور پیش‌گیری از آسیب‌های بافتی در محل تزریق، آمپول دیکلوفناک سدیم و پیروکسیکام باید به صورت عمیق در عضله گلوئتال تزریق شوند.
 - ۶- در درمان تب یا رفع علایم سرماخوردگی جداً از تجویز آمپول دیکلوفناک سدیم یا پیروکسیکام بپرهیزید.
 - ۷- موارد مصرف آمپول دیکلوفناک سدیم شامل دردهای پس از عمل جراحی و شرایط حاد درد و التهاب و Ureteric colic می‌باشد.
 - ۸- موارد مصرف آمپول پیروکسیکام شامل درمان اولیه شرایط حاد درد و التهاب در بیماریهای روماتوئید و سایر اختلالات عضلانی - اسکلتی و نقرس حاد می‌باشد.
 - ۹- در صورت مشاهده هرگونه عارضه با این دو فرآورده، نام شرکت سازنده، شماره سری ساخت (شماره بچ یا Batch No. یا Lot No.) و تاریخ انقضای فرآورده را به خاطر بسپارید.
- خواهشمند است در صورت مشاهده هرگونه عارضه متعاقب تزریق عضلانی آمپول دیکلوفناک سدیم و یا پیروکسیکام فرم مخصوص گزارش عوارض داروها را تکمیل نموده، به آدرس تهران صندوق پستی ۱۴۱۸۵-۹۲۸ ارسال و یا با شماره تلفن ۶۴۰۵۵۶۹ تماس حاصل نمایید. هنگام گزارش حتماً نام شرکت سازنده، شماره سری ساخت و تاریخ انقضای فرآورده را مرقوم فرمایید.
- لازم به یادآوری می‌باشد در صورتی که درد بیمار شدید و مزمن باشد می‌توان از مخدرهای تزریقی استفاده نمود. همین‌طور به خاطر بسپارید که شیاف دیکلوفناک از نظر فارماکوکینتیک و غلظت سرمی دارو جایگزین بسیار مناسبی برای دیکلوفناک تزریقی می‌باشد.
- به همکاران عزیز توصیه می‌شود تا حد امکان جهت پیش‌گیری از مشکلات مذکور، در هر نسخه بیش از ۲ عدد آمپول تزریقی دیکلوفناک و یا پیروکسیکام تجویز نگردد.

مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها
دفتر تحقیق و توسعه - معاونت غذا و دارو
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی



راهنمای ثبت نام بازآموزی
(دوره چهارم خودآموزی ماهنامه دارویی رازی)
ویژه داروسازان

- ۱ - فرم صفحه بعد را به طور دقیق تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
- ۲ - نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کد پستی بنویسید.
- ۳ - در صورت اشتراک قبلی در مجله رازی کد اشتراک را حتماً قید نمایید.
- ۴ - هزینه ثبت نام برای مشترکین محترم علاوه بر هزینه اشتراک، برای مدت یک سال، مبلغ ۱۰۰,۰۰۰ ریال خواهد بود.
- ۵ - هزینه ثبت نام را به حساب جاری شماره ۱۱۰۰ بانک سپه شعبه یغما (قابل پرداخت در تمام شعب بانک سپه) واریز و اصل فیش بانکی را همراه با فرم ثبت نام تکمیل شده به آدرس نشریه رازی ارسال دارید (لطفاً فتوکپی فیش را نزد خود نگه دارید).

↙ **آدرس ماهنامه دارویی رازی:** تهران، خیابان جمهوری اسلامی ایران،
خیابان مسعود سعد، پلاک ۴۳، شرکت دارویی پخش رازی، دفتر ماهنامه
دارویی رازی، کد پستی: ۱۱۳۱۶ تلفن: ۶۷۰۹۴۶۹

بسمه تعالی
جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی
معاونت آموزشی - دفتر بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی



درخواست ثبت نام سال ۱۳۸۰

عنوان برنامه: خودآموزی (۵۱۰۰۵۰۴) محل برگزاری: ماهنامه دارویی رازی (۱۱۵۳۰)

نام خانوادگی									
نام									
جنس:		۱- مرد		۲- زن		تاریخ تولد		صادر از:	
سال		ماه		روز		شماره شناسنامه		شماره نظام پزشکی	
مدرک و رشته تحصیلی:									
۱- دکترای داروسازی <input type="checkbox"/> ۲- تخصص داروسازی <input type="checkbox"/> ۳- رشته تخصصی:									
سال		ماه		روز		تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی			
شهرستان محل فعالیت:									
آدرس پستی: استان: شهرستان: خیابان:									
خیابان: کوچه:									
کوچه: شماره:									
کد پستی:				(نکرکد پستی ضروری است)		کد پستی:			
امضا:					تاریخ:				



راهنمای اشتراک ماهنامه دارویی رازی



- ۱- فرم صفحه بعد را دقیقاً تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
 - ۲- نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کد پستی بنویسید.
 - ۳- بهای اشتراک برای افراد، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یکسال، مبلغ ۴۸،۰۰۰ ریال خواهد بود.
 - ۴- بهای اشتراک برای دانشجویان گروه پزشکی، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یکسال، مبلغ ۲۰،۰۰۰ ریال خواهد بود.
- توضیح: ارسال گواهی اشتغال به تحصیل یا تصویر کارت دانشجویی برای دانشجویان الزامی است.
- ۵- مبلغ اشتراک را به حساب جاری شماره ۱۱۰۰ بانک سپه شعبه یغما (قابل پرداخت در تمام شعب بانک سپه) واریز و اصل فیش بانکی را همراه با فرم اشتراک تکمیل شده به آدرس نشریه رازی ارسال دارید (لطفاً فتوکپی فیش را نزد خود نگهدارید).

آدرس ماهنامه دارویی رازی: تهران، خیابان جمهوری اسلامی ایران، خیابان مسعود سعد، پلاک ۴۳، شرکت سهامی پخش رازی، کدپستی: ۱۱۳۱۶
تلفن: ۶۷۰۹۴۶۹

آدرس بانک سپه شعبه یغما: تهران، خیابان جمهوری اسلامی بین حافظ و
شیخ هادی، نبش کوچه یغما، تلفن: ۶۷۰۵۵۷۷

