

سوالات چهار جوابی مربوط به بازآموزی

فارماکولوژی آنتی آندروژن ها و مهار کننده های ۵-آلفا دیوکتاز

۱- کدامیک از داروهای زیر از طریق رقابت برای اتصال به گیرنده آندروژن اعمال اثر نمی کند؟

- الف- فیناستراید
- ب- فلوتاماید
- ج- نیلوتاماید
- د- سیپروترون

۲- عوارض کبدی توسط کدامیک ایجاد نمی شود؟

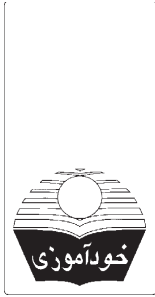
- الف- فیناستراید
- ب- فلوتاماید
- ج- نیلوتاماید
- د- بایکالوتاماید

۳- مصرف هم زمان کدامیک از داروهای زیر با فلوتاماید باعث افزایش اثرات و غلظت خونی فلوتاماید می شود؟

- الف- ریفامپین
- ب- آمیودارون
- ج- کاربامازپین
- د- فنوباریتال

۴- کدامیک به صورت تابلت های ۵۰ میلی گرمی عرضه می شود؟

- الف- فیناستراید
- ب- فلوتاماید
- ج- بایکالوتاماید
- د- نیلوتاماید



۵- آسیب تطابق در تاریکی عارضه جانبی شایع کدام دارو است؟

الف- فلوتاماید

ب- نیلوتاماید

ج- بایکالوتاماید

د- دوتاستراید

۶- کدامیک از داروهای آنتی آندروژن در گروه X، Pregnancy Risk Factor قرار دارد؟

الف- فلوتاماید

ب- بایکالوتاماید

ج- نیلوتاماید

د- هر سه

۷- مصرف هم زمان کدامیک از داروهای زیر با نیلوتاماید باعث کاهش اثرات و غلظت خونی

نیلوتاماید می شود؟

الف- ریفامپین

ب- جم فیبروزیل

ج- فلوکسامین

د- تیکلوپیدین

۸- کدامیک چندان باعث کاهش لیبیدو نمی شود؟

الف- فلوتاماید

ب- فیناستراید

ج- بایکالوتاماید

د- نیلوتاماید

۹- فیناستراید معمولاً کدام عارضه آندوکرینی را در مردها ایجاد می کند؟

الف- دیس فانکشن ارکشن

ب- کم شدن لیبیدو

ج- ناباروری

د- هر سه

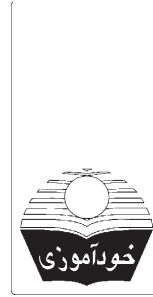
۱۰- خانم های حامله از تماس با کدام دارو باید اجتناب کنند؟

الف- فلوتاماید

ب- نیلوتاماید

ج- بایکالوتاماید

د- فیناستراید



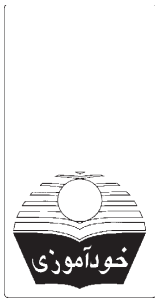
لطفاً از تغییر اندازه (بزرگ یا کوچک کردن) پاسخ نامه خودداری فرمایید
و فتوکپی پاسخ ها را نزد خود نگه دارید.

پاسخنامه ۹



نام و نام خانوادگی..... استان..... شهرستان..... شماره نظام پزشکی.....
تعداد پاسخ های صحیح..... تعداد پاسخ های غلط..... نمره به درصد..... نمره بازآموزی.....

(الف)	(ب)	(ج)	(د)	(الف)	(ب)	(ج)	(د)
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



نظرسنجی مقالات بازآموزی

ارزشیابی مقاله خودآموزی

فارماکولوژی آنتی آندروژن ها و مهارکننده های ۵- آلفا ردوکتاز

شماره ۲، اسفند ۸۴، صفحات ۶ تا ۱۶

(۱)*	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)**	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱ - محتوای مقاله با اهداف خودآموزی مطابقت داشت.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲ - مقاله از ساختار مناسبی برخوردار بود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳ - نیاز علمی مخاطب در مقاله رعایت شده بود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴ - مقاله برای خواننده مفهوم بود.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵ - مندرجات مقاله موجب افزایش یا یادآوری اطلاعات خواننده می شد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶ - مقاله افق جدیدی برای خواننده در مورد کارهای رایج پزشکی یا داروسازی به وجود می آورد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ - سوالات خودآموزی متناسب با مقاله طراحی شده بودند.
					*(۱) - قسمت اول به معنای: کاملاً مخالف می باشم. ***(۵) - ستون پنجم به معنای: کاملاً موافق هستم.
					ستون های مابین حد وسط اظهار نظر می باشند.

پیشنهاد شما در مورد این مقاله چیست؟

(لطفاً در صورت لزوم به اختصار بنویسید).

.....

.....

.....

فرصت‌های شغلی، تقاضای کار حرفه‌ای داروسازی و واگذاری داروخانه

در پی درخواست‌های همکاران داروساز و در راستای عمل به رسالت مطبوعاتی - صنفی ماهنامه دارویی «رازی»، در جلسه تحریریه ماهنامه تصمیم گرفته شد تا درخواست کار تمام‌وقت و نیمه‌وقت همکاران، فرصت‌های شغلی و همچنین شرایط واگذاری داروخانه هر ماه در نشریه درج گردد. لذا همکارانی که مایل به استفاده از امکانات این صفحه هستند مشخصات خود را بر اساس الگوهای زیر به همراه تصویر کارت نظام پزشکی برای متقاضیان کار، و سربرگ داروخانه یا کارخانه ممهور به مهر داروخانه یا کارخانه برای ارائه‌دهندگان فرصت‌های شغلی، جهت دفتر نشریه ارسال دارند.

متقاضی کار	<p>نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل):</p> <p>در صورتی که مایل به ذکر نام نیستید این قسمت را علامت بزنید: <input type="checkbox"/> دکتر داروساز - مرد <input type="checkbox"/> دکتر داروساز - زن</p> <p>سال فراغت از تحصیل سابقه کار تلفن:</p> <p>توضیحات اضافی:</p>
فرصت‌های شغلی	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> مسئول فنی: تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input type="checkbox"/></p> <p>تلفن: حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل)</p> <p>شرایط دیگر:</p>
واگذاری داروخانه	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input type="checkbox"/></p> <p>مزایا:</p> <p>آدرس:</p> <p>تلفن:</p> <p>شرایط دیگر:</p>

تذکر:

- ۱- شایان ذکر است که ماهنامه رازی عهده‌دار هیچ‌گونه مسؤلیتی در این رابطه نبوده و فقط انتقال دهنده درخواست‌ها خواهد بود.
- ۲- برای استفاده از امکانات هر ماه لطفاً درخواست‌های کتبی خود را فقط تا پانزدهمین روز همان ماه بر ایمان ارسال دارید. در غیر این صورت درخواست در شماره ماه بعد درج خواهد گردید.

برگه درخواست اشتراك

۱۳۸۵

کد اشتراك

حروف به تفکیک آورده شوند:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

نام

نام خانوادگی

جنس: مرد زن

شغل رشته تحصیلی یا تخصصی

دانشکده دانشگاه سال فراغت از تحصیل

نشانی دقیق (جهت دریافت نشریه):

استان ، شهرستان

خیابان ، خیابان

کوچه ، کوچه

پلاک ، کدپستی: (نوشتن ۱۰ رقم کد پستی الزامی است.)

تلفن: ، صندوق پستی:

نام سازمان یا موسسه محل اشتغال

قبلاً مشترک بوده ام: قبلاً مشترک نبوده ام:

اصل رسید بانکی مبنی بر حواله کرد به مبلغ ریال و شماره

برای اشتراك سال ۱۳۸۵ و از هر شماره نسخه، پیوست است .

توجه: ارسال گواهی اشتغال به تحصیل یا تصویر کارت دانشجویی برای دانشجویان الزامی است .

تاریخ و امضا:

راهنمای اشتراک ماهنامه دارویی رازی

۱۳۸۵

۱- فرم برگ درخواست اشتراک را دقیقاً تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
۲- نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی (نوشتن ارقم کدپستی الزامی است) بنویسید.
۳- بهای اشتراک برای افراد، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یک سال، مبلغ ۸۴,۰۰۰ ریال خواهد بود.

۴- بهای اشتراک برای دانشجویان گروه پزشکی، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یک سال، مبلغ ۳۰,۰۰۰ 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 ۱۱۰۰/۴۳ 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 تا پایان دوره اشتراک نزد خود نگهدارید.)

آدرس ماهنامه دارویی رازی:

تهران، صندوق پستی ۳۶۳ - ۱۱۴۹۵، ماهنامه دارویی رازی

آدرس مراجعه حضوری:

تهران، خیابان انقلاب، چهارراه کالج، خیابان غزالی، پلاک ۳۱، تلفن: ۶۶۷۰۹۴۶۹

آدرس بانک سپه شعبه یغما:

تهران، خیابان جمهوری اسلامی، بین حافظ و شیخ هادی، نبش کوچه یغما

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



درخواست ثبت نام سال ۱۳۸۴

محل برگزاری: ماهنامه دارویی رازی (۱۱۵۳۳)

عنوان برنامه: خودآموزی (۵۱۰۰۵۱۳)

<input type="text"/>	نام خانوادگی	
<input type="text"/>	نام	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>	
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	تاریخ تولد	
سال	ماه	روز
<input type="text"/>	شماره شناسنامه	
صادره از:	<input type="text"/>	
<input type="text"/>	شماره نظام پزشکی	
<input type="text"/>	مدرک و رشته تحصیلی:	
<input type="checkbox"/> ۱- دکترای عمومی داروسازی	<input type="checkbox"/> ۲- دکترای تخصصی داروسازی	<input type="checkbox"/> ۳- پزشک عمومی
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی	
سال	ماه	روز
<input type="text"/>	شهرستان محل فعالیت:	
آدرس پستی: استان:	شهرستان:	خیابان:
خیابان:	کوچه:	کوچه:
کوچه:	شماره:	کدپستی: <input type="text"/>
(ذکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)		
امضا:	تاریخ:	



**راهنمای ثبت نام بازآموزی
(دوره هفتم خودآموزی ماهنامه دارویی رازی)
ویژه داروسازان و پزشکان عمومی**

- ۱- فرم درخواست ثبت نام را به طور دقیق تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
- ۲- نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی (کد پستی ده رقمی) بنویسید.
- ۳- در صورت اشتراک قبلی در مجله رازی کد اشتراک را حتماً قید نمایید.
- ۴- هزینه ثبت نام برای مشترکان محترم علاوه بر هزینه اشتراک، برای مدت یک سال، مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال خواهد بود.
- ۵- هزینه ثبت نام را به حساب جاری شماره ۱۱۰۰/۴۳ 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، صندوق پستی ۳۶۳-۱۱۴۹۵، ماهنامه دارویی رازی

📍 **آدرس مراجعه حضوری:**

تهران، خیابان انقلاب، چهارراه کالج، خیابان غزالی، پلاک ۳۱، تلفن: ۶۶۷۰۹۴۶۹