خودآموزی

سؤالات چهار جوابی مربوط به بازآموزی

استفاده از رتینویید در بیماری های پوستی

۱ـ ایزوترتینویین در کدامیک از بیماران زیر منع مصرف دارد؟
الفـ زنان حامله
بـ مادران شیرده
جـ زنانی که حامله نیستند و از روش های موثر پیشگیری استفاده نمی کنند.
دـ تمام موارد فوق

۲ـ کدامیک از موارد زیر جذب خوراکی ایزوترتینویین را افزایش می دهد؟
الفـ مصرف دارو به صورت ناشتا
بـ مصرف دارو همراه با غذاهای چرب
جـ مصرف دارو بدون غذاهای چرب
د ـ گزارشاتی مبنی بر اثر غذا بر جذب این دارو، بیان نشده است.

۳ـ کدامیک از موارد زیر صحیح می باشد؟
الفـ میزان ایزوترتینویین که در نزدیکی از مرد به شریک جنسی اش، منتقل می شود کمتر از مصرف خوراکی این دارو می باشد.
بـ میزان ایزوترتینویین که طی نزدیکی از مرد به شریک جنسی اش، منتقل می شود بیشتر از مصرف خوراکی این دارو می باشد.
جـ به نظر می رسد که انتقال ایزوترتینویین از راه جنسی به زن، تراتوژن نیست.
دـ گزینه الف و ج

خودآموزی

۴ـ ایزوترتینویین در دوران حاملگی در کدام دسته دارویی قرار دارد؟

الفـ C　　**ب**ـ B

جـ D　　**د**ـ X

۵ـ کدامیک از موارد زیر صحیح می‌باشد؟

الفـ اثر کنتراسپتیوهای خوراکی در مصرف همزمان با رتینویید، افزایش می‌یابد.

بـ به دلیل ایجاد هیپرتانسیون خوش خیم داخل جمجمه‌ای مصرف هم‌زمان تتراسیکلین و رتینویید ممنوع می‌باشد.

جـ مصرف توام Acitretin و Methotrexate خطر سمیت کلیوی را بالا می‌برد.

دـ مصرف توام ویتامین A و رتینویید هیچ‌گونه تداخل قابل توجهی ندارد.

۶ـ مصرف توام کاهنده‌های قند خون مثل گلی بنکلامید با Acitretin چه تاثیری بر آن داروها می‌گذارد؟

الفـ اثرات کاهندگی قند خون گلی بنکلامید تقویت می‌شود.

بـ اثرات کاهندگی قند خون گلی بنکلامید تضعیف می‌شود.

جـ این دو دارو هیچ‌گونه تداخلی با هم ندارند.

دـ سبب افت شدید فشار خون بیمار می‌شود.

۷ـ تاثیر رتینویید سیستمیک بر روی پروفایل لیپید چگونه است؟

الفـ افزایش TG، افزایش کلسترول و افزایش HDL

بـ کاهش TG، افزایش کلسترول و افزایش HDL

جـ افزایش TG، افزایش کلسترول و کاهش HDL

دـ کاهش TG، کاهش کلسترول و افزایش HDL

۸ـ دو داروی Adapalene و Tazaroten به ترتیب در کدام گروه ضدبارداری قرار می‌گیرند؟

الفـ C و B　　**ب**ـ C و X

جـ X و D　　**د**ـ X و X

۹ـ کدام گزینه از موارد منع مصرف رتینوییدهای سیستمیک می‌باشد؟

الفـ مصرف هم‌زمان با آنتی بیوتیک‌های خانواده تتراسیکلین‌ها

بـ در بیماران مبتلا به مشکلات کبدی

جـ آنافیلاکسی و بروز حساسیت

دـ همه موارد

خودآموزی

۱۰ـ حداقل مدت زمان بین قطع دارو و اقدام به حاملگی در مصرف داروهای Acitretin و ایزوترتینوئین (به ترتیب) چه مدت می‌باشد؟

الفـ حداقل طی ۳ سال بعد از قطع / طی یک ماه بعد از قطع درمان
بـ حداقل طی ۳ ماه بعد از قطع / طی یک سال بعد از قطع درمان
جـ حداقل طی یک سال بعد از قطع / طی ۳ ماه بعد از قطع درمان
دـ حداقل طی یک ماه بعد از قطع / طی ۳ سال بعد از قطع درمان

۱۱ـ احتمال تداخل بین مصرف ایزوترتینوئین با کدام یک از فرآورده‌های زیر وجود دارد؟

الفـ مواد قابض
بـ محصولات پوستی حاوی الکل
جـ داروهای بدون نسخه آکنه
دـ همه موارد

۱۲ـ آزمون‌های ضروری برای بیماران دریافت‌کننده درمان سیستمیک رتینوئید کدام است؟

الفـ آزمون حاملگی
بـ پروفایل چربی
جـ آزمون‌های عملکرد کبدی
دـ همه موارد

۱۳ـ کدام یک از داروهای زیر نتیجه بهتری را در برطرف کردن تعداد کومدون‌ها و ضایعات التهابی دارد؟

الفـ رتینوئیدهای موضعی
بـ Adapalene
جـ ترتینوئین
دـ Tazarotene

۱۴ـ در صورتی که پلاک‌های پسوریازیس بیش از ۲۰ درصد از سطح بدن را درگیر کند، درمان به چه صورت خواهد بود؟

الفـ فتوتراپی
بـ درمان سیستمیک با متوترکسات یا آسیترتین
جـ فتوکموتراپی
دـ همه موارد

۱۵ـ در مورد داروی Acitretin کدام گزینه صحیح است؟

الفـ عارضه ناقص‌الخلقه زایی و سایر خطرات همانند Etretinate مشاهده می‌شود.
بـ عوارض بیشتری نسبت به Etretinate مشاهده می‌شود.
جـ فقط برای موارد خفیف پسوریازیس قابل تجویز است.
دـ تجویز Acitretin به مردانی که قصد بچه‌دار شدن دارند بلامانع است.

خودآموزی

۱۶ـ کدام یک از موارد زیر ضمن درمان با Acitretin باید مورد توجه قرار گیرد؟

الفـ تجویز آن به کودکان بلامانع است.

بـ در صورت مصرف اتانول طی درمان با این دارو تا ۳ سال باید از بارداری جلوگیری گردد.

جـ درمان با این دارو در دوران شیردهی بلامانع است.

دـ همه موارد

۱۷ـ Tazarotene موضعی در بارداری در کدام گروه قرار می‌گیرد؟

الفـ گروه A

بـ گروه B

جـ گروه C

دـ گروه X

۱۸ـ روش‌های جلوگیری از بارداری در چه دوره زمانی، ضمن درمان با ایزوترتینویین و آسیترتین توصیه می‌شود؟

الفـ از یک ماه قبل از شروع درمان

بـ تا یک ماه بعد از قطع درمان

جـ تا ۳ سال بعد از قطع درمان

دـ همه موارد

۱۹ـ در صورت بروز واکنش‌های پوستی طی درمان با رتینویید؛

الفـ باید دارو قطع شود و دیگر نباید به درمان ادامه داد.

بـ آثار زیان‌بار قابل برگشت نیستند، در نتیجه نباید دارو را با دوز بالا شروع کرد.

جـ در صورت بروز اثرات تحریک‌کنندگی، هرگز تحمل ایجاد نمی‌شود.

دـ قطع دارو تا زمانی که تمام پوست تجدید شود و بعد آغاز مجدد با دوز کمتر.

۲۰ـ مدت زمانی که طول می‌کشد تا سلول‌ها از داخلی‌ترین لایه پوست به بیرونی‌ترین لایه شاخی پوست مهاجرت کنند در پسوریازیس چه تغییری می‌کند؟

الفـ از ۴ هفته به ۵ ـ ۴ روز کاهش می‌یابد.

بـ از ۴ هفته به ۲ هفته کاهش می‌یابد.

جـ از ۵ ـ ۴ روز به ۴ هفته افزایش می‌یابد.

دـ تغییر نمی‌کند.

خودآموزی

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

خودآموزی

پاسخنامه ۶

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)
۱					۱۱				
۲					۱۲				
۳					۱۳				
۴					۱۴				
۵					۱۵				
۶					۱۶				
۷					۱۷				
۸					۱۸				
۹					۱۹				
۱۰					۲۰				

خودآموزی

نظرسنجی مقالات بازآموزی

ارزشیابی مقاله خودآموزی

استفاده از رتینویید در بیماری‌های پوستی

شماره ۱۱، آذر ۸۴، صفحات ۶ تا ۲۵

	(۱)*	(۲)	(۳)	(۴)	(۵)**
۱ـ محتوای مقاله با اهداف خودآموزی مطابقت داشت.	☐	☐	☐	☐	☐
۲ـ مقاله از ساختار مناسبی برخوردار بود.	☐	☐	☐	☐	☐
۳ـ نیاز علمی مخاطب در مقاله رعایت شده بود.	☐	☐	☐	☐	☐
۴ـ مقاله برای خواننده مفهوم بود.	☐	☐	☐	☐	☐
۵ـ مندرجات مقاله موجب افزایش یا یادآوری اطلاعات خواننده می‌شد.	☐	☐	☐	☐	☐
۶ـ مقاله افق جدیدی برای خواننده در مورد کارهای رایج پزشکی یا داروسازی به‌وجود می‌آورد.	☐	☐	☐	☐	☐
۷ـ سؤالات خودآموزی متناسب با مقاله طراحی شده بودند.	☐	☐	☐	☐	☐

(۱)ـ** قسمت اول به معنای: کاملاً مخالف می‌باشم. *(۵)ـ** ستون پنجم به معنای: کاملاً موافق هستم.

ستون‌های مابین حد وسط اظهار نظر می‌باشند.

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 ـ صنفی ماهنامه دارویی «رازی»، در جلسهٔ تحریریهٔ 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

نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل): .....

در صورتی که مایل به ذکر نام نیستید این قسمت را علامت بزنید: دکتر داروساز ـ مرد ☐ دکتر داروساز ـ زن ☐

سال فراغت از تحصیل ..... سابقه کار ..... تلفن: .....

توضیحات اضافی: .....

فرصت‌های شغلی

داروخانه: شبانه‌روزی ☐ روزانه ☐ مسئول فنی: تمام‌وقت ☐ نیمه‌وقت ☐

تلفن: ..... حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل) .....

شرایط دیگر: .....

.....

کارخانه داروسازی ..... مایل به همکاری با دکتر داروساز به‌عنوان ..... تلفن: .....

شرایط دیگر: .....

.....

واگذاری داروخانه

داروخانه: شبانه روزی ☐ تمام‌وقت ☐ نیمه‌وقت ☐

مزایا: .....

.....

آدرس: .....

..... تلفن: .....

شرایط دیگر: .....

تذکر:

۱ـ شایان ذکر است که ماهنامه رازی عهده‌دار هیچ گونه مسؤولیتی در این رابطه نبوده و فقط انتقال دهندهٔ درخواست‌ها خواهد بود.

۲ـ برای استفاده از امکانات هر ماه لطفاً درخواست‌های کتبی خود را فقط تا پانزدهمین روز همان ماه برایمان ارسال دارید. در غیر این صورت درخواست در شمارهٔ ماه بعد درج خواهد گردید.

فرصت‌های شغلی، تقاضای کار حرفه‌ای داروسازی و واگذاری داروخانه

واگذاری داروخانه

داروخانه: شبانه روزی ☐ تمام‌وقت ☒ نیمه‌وقت ☐

مزایا: ***تک داروخانه شهر آستانه (۳۵ کیلومتری شهر اراک)، امتیاز سالیانه ۱۰۵ امتیاز***

آدرس: ***استان مرکزی، ۳۵ کیلومتری اراک، شهر آستانه، خیابان امام خمینی، مقابل بانک صادرات، پلاک ۲۳۸، داروخانه دکتر سبحانی مقدم***

تلفن: ***۰۸۶۲ ۴۴۳ ۲۶ ۸۸***

شرایط دیگر: .....

واگذاری داروخانه

داروخانه: شبانه روزی ☒ تمام‌وقت ☐ نیمه‌وقت ☐

مزایا: ***جنب درمانگاه شبانه‌روزی، ملک اجاره‌ای با اجاره مناسب، موقعیت مکانی خوب با آینده‌ای بهتر، پرسنلی کوشا و درستکار، امتیاز سالیانه منطقه ۸۵ امتیاز***

آدرس: ***استان خراسان رضوی، شهرستان سبزوار، میدان سی هزار متری، جنب درمانگاه شبانه‌روزی امام رضا (ع)، داروخانه شبانه‌روزی دکتر دلبری***

تلفن: ***۰۹۱۵ ۵۷۲ ۲۴۷۰***

شرایط دیگر: .....

واگذاری داروخانه

داروخانه: شبانه روزی ☐ تمام‌وقت ☒ نیمه‌وقت ☐

مزایا: ***تک داروخانه شهر، همکاری با ۲ پزشک و درمانگاه شهر***

.....

آدرس: ***سریش‌آباد، قروه، استان کردستان***

تلفن: ***۰۸۷۲ ۵۴۲ ۳۱۰۶ ، ۰۸۷۲ ۵۲۲ ۵۶ ۸۷ ، ۰۹۱۸ ۳۷۱ ۱۵ ۴۴***

شرایط دیگر: .....

پی‌در پی ۱۹۱ / ۹۵۶

برگـه درخواست اشتـــراک

۱۳۸۴

کد اشتراک

حروف به تفکیک آورده شوند:

نام

نام خانوادگی

جنس : مرد ☐ زن ☐

شغل ..... رشته تحصیلی یا تخصصی .....

دانشکده ..... دانشگاه ..... سال فراغت از تحصیل .....

نشانی‌دقیق (جهت دریافت نشریه) :

استان ..... ، شهرستان .....

خیابان ..... ، خیابان .....

کوچه ..... ، کوچه .....

پلاک ..... ، کدپستی: (نوشتن ۱۰ رقم کد پستی‌الزامی‌است.)

تلفن : ..... ، صندوق پستی: .....

نام سازمان یا موسسهٔ محل اشتغال .....

قبلاً مشترک بوده ام: ☐ قبلاً مشترک نبوده ام: ☐

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

برای اشتراک سال ۱۳۸۴ 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

۱۳۸۴

۱ـ فرم برگ درخواست اشتراک را دقیقاً تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.

۲ـ نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی (نوشتن ۱۰ رقم کد پستی الزامی است.) بنویسید.

۳ـ بهای اشتراک برای افراد، با احتساب هزینه ارسال ، برای مدت یک سال، مبلغ ۸۴,۰۰۰ ریال خواهد بود.

۴ـ 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 .

۵ـ 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 دورهٔ اشتراک نزد خود نگهدارید.)

آدرس ماهنامه دارویی رازی:

تهران ، صندوق پستی ۳۶۳ ـ ۱۱۴۹۵ ، ماهنامه دارویی رازی

آدرس مراجعهٔ حضوری:

تهران ، خیابان انقلاب ، چهارراه کالج ، خیابان غزالی، پلاک ۳۱ ، تلفن : ۶۷۰۹۴۶۹

آدرس بانک سپه شعبه یغما:

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

پی‌در پی ۱۹۱ / ۹۵۸

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی ـ اداره کل بازآموزی و نوآموزی جامعه پزشکی

خودآموزی

درخواست ثبت نام سال ۱۳۸٤

عنوان برنامه : خودآموزی (۵۱۰۰۵۱۳) **محل برگزاری :** ماهنامه دارویی رازی (۱۱۵۳۳)

نام خانوادگی

نام

جنس : ۱ ـ مرد ۲ ـ زن تاریخ تولد

روز ماه سال

شماره شناسنامه صادره از : .....

شماره نظام پزشکی

مدرک و رشته تحصیلی :

۱ ـ دکترای عمومی داروسازی ۲ ـ دکترای تخصصی داروسازی ۳ ـ پزشک عمومی

تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی

روز ماه سال

شهرستان محل فعالیت :

آدرس پستی : استان :..... شهرستان : ..... خیابان : .....

خیابان : ..... کوچه : .....

کوچه : ..... شماره :.....

کدپستی : (ذکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)

تاریخ : ..... امضا:

خودآموزی

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

۱ـ فرم درخواست ثبت نام را بطور دقیق تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.

۲ـ نشانی خود را کامل ، خوانا و با ذکر کدپستی (کد پستی ده رقمی) بنویسید.

۳ـ در صورت اشتراک قبلی در مجله رازی کد اشتراک را حتماً قید نمایید.

۴ـ هزینه ثبت نام برای مشترکان محترم علاوه بر هزینه اشتراک، برای مدت یک سال ، مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال خواهد بود.

۵ـ 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 مراجعهٔ حضوری :

تهران، خیابان انقلاب، چهارراه کالج، خیابان غزالی، پلاک ۳۱، تلفن : ۶۷۰۹۴۶۹

پی‌در پی ۱۹۱ / ۹۶۰