

سوالات چهار جوابی مربوط به بازآموزی

استفاده از رتینوئید در بیماری های پوستی

۱- ایزوترتینوئین در کدامیک از بیماران زیر منع مصرف دارد؟

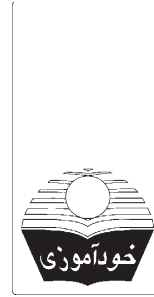
- الف- زنان حامله
- ب- مادران شیرده
- ج- زنانی که حامله نیستند و از روش های موثر پیشگیری استفاده نمی کنند.
- د- تمام موارد فوق

۲- کدامیک از موارد زیر جذب خوراکی ایزوترتینوئین را افزایش می دهد؟

- الف- مصرف دارو به صورت ناشتا
- ب- مصرف دارو همراه با غذاهای چرب
- ج- مصرف دارو بدون غذاهای چرب
- د- گزارشاتی مبنی بر اثر غذا بر جذب این دارو، بیان نشده است.

۳- کدامیک از موارد زیر صحیح می باشد؟

- الف- میزان ایزوترتینوئین که در نزدیکی از مرد به شریک جنسی اش، منتقل می شود کمتر از مصرف خوراکی این دارو می باشد.
- ب- میزان ایزوترتینوئین که طی نزدیکی از مرد به شریک جنسی اش، منتقل می شود بیشتر از مصرف خوراکی این دارو می باشد.
- ج- به نظر می رسد که انتقال ایزوترتینوئین از راه جنسی به زن، تراژون نیست.
- د- گزینه الف و ج



۴- ایزوترتینوئین در دوران حاملگی در کدام دسته دارویی قرار دارد؟

- الف- C
ب- B
ج- D
د- X

۵- کدامیک از موارد زیر صحیح می باشد؟

- الف- اثر کنتراسپتیوهای خوراکی در مصرف همزمان با رتینوئید، افزایش می یابد.
ب- به دلیل ایجاد هیپرتانسیون خوش خیم داخل جمجمه ای مصرف همزمان تتراسیکلین و رتینوئید ممنوع می باشد.
ج- مصرف توام Acitretin و Methotrexate خطر سمیت کلیوی را بالا می برد.
د- مصرف توام ویتامین A و رتینوئید هیچ گونه تداخل قابل توجهی ندارد.

۶- مصرف توام کاهنده های قند خون مثل گلی بنکلامید با Acitretin چه تاثیری بر آن داروها می گذارد؟

- الف- اثرات کاهندگی قند خون گلی بنکلامید تقویت می شود.
ب- اثرات کاهندگی قند خون گلی بنکلامید تضعیف می شود.
ج- این دو دارو هیچ گونه تداخلی با هم ندارند.
د- سبب افت شدید فشار خون بیمار می شود.

۷- تاثیر رتینوئید سیستمیک بر روی پروفایل لیپید چگونه است؟

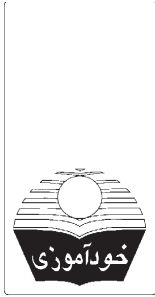
- الف- افزایش TG، افزایش کلسترول و افزایش HDL
ب- کاهش TG، افزایش کلسترول و افزایش HDL
ج- افزایش TG، افزایش کلسترول و کاهش HDL
د- کاهش TG، کاهش کلسترول و افزایش HDL

۸- دو داروی Adapalene و Tazaroten به ترتیب در کدام گروه ضدبارداری قرار می گیرند؟

- الف- B و C
ب- C و X
ج- X و D
د- X و X

۹- کدام گزینه از موارد منع مصرف رتینوئیدهای سیستمیک می باشد؟

- الف- مصرف همزمان با آنتی بیوتیک های خانواده تتراسیکلین ها
ب- در بیماران مبتلا به مشکلات کبدی
ج- آنافیلاکسی و بروز حساسیت
د- همه موارد



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

- الف- حداقل طی ۳ سال بعد از قطع / طی یک ماه بعد از قطع درمان
- ب- حداقل طی ۲ ماه بعد از قطع / طی یک سال بعد از قطع درمان
- ج- حداقل طی یک سال بعد از قطع / طی ۳ ماه بعد از قطع درمان
- د- حداقل طی یک ماه بعد از قطع / طی ۳ سال بعد از قطع درمان

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

- الف- مواد قابض
- ب- محصولات پوستی حاوی الکل
- ج- داروهای بدون نسخه آکنه
- د- همه موارد

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

- الف- آزمون حاملگی
- ب- پروفایل چربی
- ج- آزمون‌های عملکرد کبدی
- د- همه موارد

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

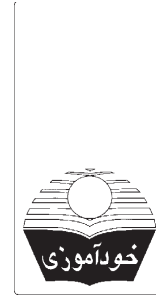
- الف- رتینوئیدهای موضعی
- ب- Adapalene
- ج- ترتینوئین
- د- Tazarotene

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

- الف- فتوتراپی
- ب- درمان سیستمیک با متوترکسات یا آسیترتین
- ج- فتوکموتراپی
- د- همه موارد

۱۵- در مورد داروی Acitretin کدام گزینه صحیح است؟

- الف- عارضه ناقص الخلقه زایی و سایر خطرات همانند Etretnate مشاهده می‌شود.
- ب- عوارض بیشتری نسبت به Etretnate مشاهده می‌شود.
- ج- فقط برای موارد خفیف پسوریازیس قابل تجویز است.
- د- تجویز Acitretin به مردانی که قصد بچه دار شدن دارند بلامانع است.



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

الف- تجویز آن به کودکان بلامانع است.

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

ج- درمان با این دارو در دوران شیردهی بلامانع است.

د- همه موارد

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

الف- گروه A

ب- گروه B

ج- گروه C

د- گروه X

۱۸- روش‌های جلوگیری از بارداری در چه دوره زمانی، ضمن درمان با ایزوترتینوئین و آسیترتین

توصیه می‌شود؟

الف- از یک ماه قبل از شروع درمان

ب- تا یک ماه بعد از قطع درمان

ج- تا ۳ سال بعد از قطع درمان

د- همه موارد

۱۹- در صورت بروز واکنش‌های پوستی طی درمان با رتینوئید؛

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

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

ج- در صورت بروز اثرات تحریک‌کنندگی، هرگز تحمل ایجاد نمی‌شود.

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

۲۰- مدت زمانی که طول می‌کشد تا سلول‌ها از داخلی‌ترین لایه پوست به بیرونی‌ترین لایه شاخی

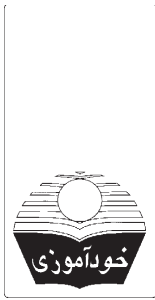
پوست مهاجرت کنند در پسوریازیس چه تغییری می‌کند؟

الف- از ۴ هفته به ۵-۴ روز کاهش می‌یابد.

ب- از ۴ هفته به ۲ هفته کاهش می‌یابد.

ج- از ۵-۴ روز به ۴ هفته افزایش می‌یابد.

د- تغییر نمی‌کند.



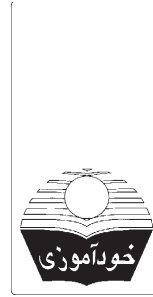
لطفاً از تغییر اندازه (بزرگ یا کوچک کردن) پاسخ نامه خودداری فرمایید
و فتوکی پاسخ ها را نزد خود نگه دارید.

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)	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۱	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۲	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۳	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۳
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۴	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۴
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۵	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۵
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۶	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۶
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۷	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۸	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۸
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۹	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۹
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۲۰	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۱۰



نظرسنجی مقالات بازآموزی

ارزشیابی مقاله خودآموزی
استفاده از رتینوید در بیماری های پوستی

شماره ۱۱، آذر ۸۴، صفحات ۶ تا ۲۵

(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-صنعی 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 همکاری 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: <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> مسئول فنی: <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت</p> <p>تلفن: حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل):</p> <p>شرایط دیگر:</p> <p>.....</p> <p>کارخانه داروسازی مایل به همکاری با دکتر داروساز به عنوان تلفن:</p> <p>شرایط دیگر:</p> <p>.....</p>
واگذاری داروخانه	<p>داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت</p> <p>مزایا:</p> <p>.....</p> <p>آدرس:</p> <p>تلفن:</p> <p>شرایط دیگر:</p>

تذکر:

- شایان ذکر است که ماهنامه رازی عهده‌دار هیچ‌گونه مسؤلیتی در این رابطه نبوده و فقط انتقال‌دهنده درخواست‌ها خواهد بود.
- 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 شماره ماه بعد درج خواهد گردید.

فرصت‌های شغلی، تقاضای کار حرفه‌ای داروسازی و واگذاری داروخانه

واگذاری داروخانه	داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input checked="" type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت 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 سببانی مقدم تلفن: ۰۸۶۲۴۴۳۲۶۸۸ شرایط دیگر:
-------------------------	---

واگذاری داروخانه	داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input checked="" type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت مزایا: جنب درمانگاه شبانه‌روزی، ملک اجاره‌ای با اجاره مناسب، موقعیت مکانی خوب با آینده‌ای بهتر، پرسنلی کوشا و درستکار، امتیاز سالیانه منطقه ۱۵ امتیاز آدرس: استان خراسان رضوی، شهرستان سبزوار، میدان سی هزار متری، جنب درمانگاه شبانه‌روزی امام رضا (ع)، داروخانه شبانه‌روزی دکتر دلبری تلفن: ۰۹۱۵۵۷۲۲۴۷۰ شرایط دیگر:
-------------------------	--

واگذاری داروخانه	داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه روزی <input checked="" type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت مزایا: تک داروخانه شهر، همکاری با ۲ پزشک و درمانگاه شهر آدرس: سریش‌آباد، قروه، استان کردستان تلفن: ۰۸۷۲۵۴۲۵۶۸۷ ، ۰۸۷۲۵۴۲۳۱۰۶ ، ۰۹۱۸۳۷۱۱۵۴۴ شرایط دیگر:
-------------------------	--



نام خانوادگی

نام

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 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 اشتراك ماهنامه دارویی رازی

۱۳۸۴

- ۱- فرم برگ درخواست اشتراك را دقیقاً تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
 - ۲- نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی (نوشتن ۱۰ رقم کد پستی الزامی است) بنویسید.
 - ۳- بهای اشتراك برای افراد، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یک سال، مبلغ ۸۴,۰۰۰ ریال خواهد بود.
 - ۴- بهای اشتراك 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 اشتراك 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 اشتراك تکمیل شده به آدرس نشریه رازی ارسال دارید.
- (لطفاً فتوکپی فیش را تا پایان دوره اشتراك 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: ۶۷۰۹۴۶۹

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)

نام خانوادگی									
نام									
جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/>			۲- زن <input type="checkbox"/>			تاریخ تولد			
روز			ماه		سال				
شماره شناسنامه									
شماره نظام پزشکی									
مدرک و رشته تحصیلی:									
۱- دکترای عمومی داروسازی <input type="checkbox"/>									
۲- دکترای تخصصی داروسازی <input type="checkbox"/>									
۳- پزشک عمومی <input type="checkbox"/>									
تاریخ دریافت آخرین مدرک تحصیلی									
روز			ماه		سال				
شهرستان محل فعالیت:									
آدرس پستی: استان: شهرستان: خیابان:									
خیابان: کوچه:									
کوچه: شماره:									
کدپستی: (نکر 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 بطور 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: ۶۷۰۹۴۶۹