

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 تمام وقت و نیمه وقت 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 ممبر به مهر داروخانه یا کارخانه برای ارائه دهندگان فرصت‌های شغلی، جهت دفتر نشریه ارسال دارند.

متقاضی کار	نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل):
	در صورتیکه مایل به ذکر نام نیستید این قسمت را علامت بزنید: دکتر داروساز - مرد <input type="checkbox"/> دکتر داروساز - زن <input type="checkbox"/>
	سال فراغت از تحصیل سابقه کار تلفن:
	توضیحات اضافی:

فرصت‌های شغلی	داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> مسئول فنی: تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/>
	تلفن: حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل)
	شرایط دیگر:
واگذاری داروخانه	کارخانه داروسازی: مایل به همکاری با دکتر داروساز به عنوان تلفن:
	شرایط دیگر:

واگذاری داروخانه	داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام وقت <input type="checkbox"/> نیمه وقت <input type="checkbox"/>
	مزایا:
	آدرس:
	تلفن:
شرایط دیگر:	

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 برایمان ارسال دارید. در غیر این صورت درخواست در شماره ماه بعد درج خواهد گردید.



احتراماً گزارش آخرین تغییرات فهرست رسمی داروهای ایران به شرح زیر می باشد:
 اشکال دارویی ذیل با توجه به مصوبه اداره شورای بررسی و تدوین داروهای ایران به فهرست دارویی اضافه گردید:

METHYLPREDNISOLONE (AS SODIUM SUCCINATE)	For inj.	250 mg	
METHYLPREDNISOLONE (AS SODIUM SUCCINATE)	For inj.	1000 mg	
THIOPENTAL SODIUM	inj.	1g/20 ml	
THIOPENTAL SODIUM	inj.	500 mg/20 ml	
LORAZEPAM	inj.	4 mg/ml	
CARVEDILOL	Tab.	6.25 mg	
CARVEDILOL	Tab.	12.5 mg	
CARVEDILOL	Tab.	25 mg	
ATROPINE SULFATE	inj.	2 mg/ml	in prefilled disposable syring (1ml)
OBIDOXIME CHLORIDE	inj.	250 mg	in prefilled disposable syring (1ml)
ESTRADIOL (AS HEMIHYDRATE)	Top. Gel/Sachet	500 mcg	
MEGLUMINE SODIUM IOXAGLATE 320	inj.		Meglumine loxaglate 393 mg/ml + Sodium loxaglate 196.5 mg/ml
POLY ETHYLENGLYCOL - ELECTROLYTE	Sachet (For Oral Sol.)		(Macrogol 3350, 3.9 mmol, Sodium 65 mmol, Chloride 53 mmol, Bicarbonate 17 mmol, potassium 5.4 mmol) / Lit.

داروهای موجود در فهرست دارویی ایران به صورت ذیل تغییر یافت:

ANTHEMORRHOID	Oint.		(Lidocaine 50mg + hydrocortisone acetate 2.75mg + aluminium subacetate 35mg + zinc oxide 180mg) / g
TRAMADOL HCL	Inj. (1 ml)	50 mg/ml	
MAGNESIUM OXIDE	Tab.	400 mg	(250 mg elemental)
LIDOCAINE HCL	Inj. (5,50 ml)	1%	Local anesthetic
LIDOCAINE HCL	Inj. (5,50 ml)	2%	Local anesthetic
LIDOCAINE HCL	Inj. (5,50 ml)	1%	IV use
LIDOCAINE HCL	Inj. (5,50 ml)	2%	IV use

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



درخواست ثبت نام سال ۱۳۸۳

محل برگزاری: ماهنامه دارویی رازی (۱۱۵۳۳)

عنوان برنامه: خودآموزی (۵۱۰۰۵۰۶)

نام خانوادگی									
نام									
جنس: ۱- مرد <input type="checkbox"/> ۲- زن <input type="checkbox"/>			تاریخ تولد						
سال <input type="text"/>			ماه <input type="text"/>		روز <input type="text"/>				
شماره شناسنامه <input type="text"/> صادره از:									
شماره نظام پزشکی <input type="text"/>									
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									
سال <input type="text"/>			ماه <input type="text"/>		روز <input type="text"/>				
شهرستان محل فعالیت:									
آدرس پستی: استان: شهرستان: خیابان:									
خیابان: کوچه:									
کوچه: شماره:									
کدپستی: <input type="text"/> (نکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)									
امضا:					تاریخ:				

۴



راهنمای ثبت نام بازاموزی
(دوره ششم 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



📌 عوارض قلبی شدید متعاقب مصرف سیزاپراید 📌

به اطلاع همکاران محترم می‌رساند که مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها دو مورد گزارش عوارض قلبی به صورت طولانی شدن فاصله QT و ایست قلبی متعاقب مصرف سیزاپراید توسط دو کودک ۳ و ۵ ماهه دریافت نموده است. از آنجایی که این دو کودک در بیمارستان بستری بوده‌اند، خوشبختانه عارضه مذکور با اقدامات به موقع برطرف گردیده است. به منظور پیشگیری از بروز عوارض قلبی خطرناک ناشی از مصرف سیزاپراید توجه همکاران محترم را به نکات زیر جلب می‌نماید:

۱ - با توجه به احتمال بروز عوارض شدید و گاهی آریتمی‌های بطنی کشنده ناشی از مصرف سیزاپراید، مصرف این فرآورده بایستی فقط به بیمارانی محدود گردد که به تغییر در شیوه زندگی، مصرف آنتی‌اسیدها و سایر درمان‌های جایگزین پاسخ‌دهی مناسبی نداشته‌اند.

۲ - پیش از شروع به مصرف سیزاپراید، بایستی 12-Lead ECG برای بیمار انجام گردد. چنانچه QTc بیش از ۴۵۰ میلی ثانیه باشد، از مصرف سیزاپراید باید اجتناب گردد.

۳ - کراتینین و الکترولیت‌های سرم (شامل کلسیم، منیزیم و پتاسیم) باید پیش از تجویز سیزاپراید اندازه‌گیری شوند.

۴ - در بیمارانی که مبتلا به بیماری‌هایی می‌باشند که ممکن است تعادل الکترولیتی یا عملکرد کلیه را تحت تاثیر قرار دهند و نیز بیمارانی که تحت درمان‌هایی می‌باشند که بر تعادل الکترولیتی ممکن است موثر باشند (نظیر درمان با دیورتیک‌ها)، الکترولیت‌های سرم و یا کراتینین باید پیش از شروع درمان و در حین درمان با سیزاپراید اندازه‌گیری شوند.

۵ - در صورت بروز سنکوپ، افزایش یا بی‌نظمی ضربان قلب، مصرف سیزاپراید باید بلافاصله قطع گردد.

۶ - این دارو در بیمارانی مبتلا به هر گونه اختلالات قلبی و یا دارای سابقه قلبی، و نیز بیمارانی دارای سابقه فامیلی سندرم Long QT مادرزادی منع مصرف دارد.

۷ - ایمنی و اثربخشی سیزاپراید در کودکان برای هیچ یک از موارد مصرف این فرآورده به اثبات نرسیده است. گزارش‌های متعددی نشان داده‌اند که مصرف سیزاپراید در کودکان به علت ایجاد عوارض قلبی - عروقی منجر به مرگ شده است. بنابراین علیرغم گزارشات موجود در رابطه با اثربخشی این فرآورده در کودکان، مصرف سیزاپراید در جمعیت کودکان توصیه نمی‌گردد.

۸ - مصرف هم‌زمان سیزاپراید با مهارکننده‌های آنزیم‌های سیتوکروم P450 3A4 مانند آنتی‌بیوتیک‌های ماکرولیدی (اریترومایسین، کلاریترومایسین و ...)، ضد قارچ‌های آزول (فلوکونازول، ایتراکونازول، میکونازول، کتوکونازول و ...)، داروهای مسبب طولانی شدن QT مانند ضد آریتمی‌ها (کینیدین، سوتالول، پروکائین آمید، و ...) مهارکننده‌های HIV پروتئاز (ایندیناویر، نلفیناویر و ...)، ضد افسردگی‌های سه حلقه‌ای، برخی ضد افسردگی‌های چهار حلقه‌ای، برخی آنتی‌سایکوتیک‌ها (فنوتیازین‌ها و ...)، استامیزول و آب‌گریپ فروت ممنوع می‌باشد.

۹ - تجویز سیزاپراید در بیمارانی مبتلا به نارسایی کلیوی، نارسایی تنفسی و سرطان‌های پیشرفته ممنوع می‌باشد.

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

برگه درخواست اشتراك



كد اشتراك

حروف به تفكيك آورده شوند

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

نام

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

نام خانوادگی

جنس: زن مرد

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 ۱۳۸۳ 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



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 ۷۲,۰۰۰ ریال خواهد بود.

۴- بهای اشتراك برای دانشجویان گروه پزشکی، با احتساب هزینه ارسال، برای مدت یک سال، مبلغ ۲۰,۰۰۰ 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 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

آدرس بانک سپه شعبه یغما:

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