

## 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 ممبر به مهر داروخانه یا کارخانه برای ارائه‌دهندگان فرصت‌های شغلی، جهت دفتر نشریه ارسال دارند.

<b>متقاضی کار</b>	<p>نام و نام خانوادگی (در صورت تمایل): .....</p> <p>در صورتیکه مایل به ذکر نام نیستید این قسمت را علامت بزنید: دکتر داروساز - مرد <input type="checkbox"/> دکتر داروساز - زن <input type="checkbox"/></p> <p>سال فراغت از تحصیل ..... سابقه کار ..... تلفن: .....</p> <p>توضیحات اضافی: .....</p>
<b>فرصت‌های شغلی</b>	<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> <p>.....</p> <p>کارخانه داروسازی: ..... مایل به همکاری با دکتر داروساز به‌عنوان ..... تلفن: .....</p> <p>شرایط دیگر: .....</p> <p>.....</p>
<b>واگذاری داروخانه</b>	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input type="checkbox"/></p> <p>مزایا: .....</p> <p>.....</p> <p>آدرس: .....</p> <p>تلفن: .....</p> <p>شرایط دیگر: .....</p> <p>.....</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 بر ایمان ارسال دارید. در غیر این صورت درخواست در شماره ماه بعد درج خواهد گردید.

## فرصت‌های شغلی، تقاضای کار حرفه‌ای داروسازی و واگذاری داروخانه

<b>فرصت‌های شغلی</b>	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input checked="" type="checkbox"/> مسئول فنی: تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input checked="" type="checkbox"/></p> <p>تلفن: ۰۲۶۱.۳۲۰۴۲۹۲ و ۰۹۱۲۱۰۳۷۷۷۱ - حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل) ماهیانه ۳,۰۰۰,۰۰۰ ریال</p> <p>شرایط دیگر: داروخانه دکتر هیدری، کرج، انتهای مهر شهر، بعد از شهرک کیانمهر، نرسیده به زندان قزلهسار، موری آباد، امتیاز سابقه کار در این داروخانه ۶۰ می‌باشد (امتیاز سابقه کار در کرج ۳۰ است)</p>
	<p>کارخانه داروسازی: ..... مایل به همکاری با دکتر داروساز به‌عنوان ..... تلفن: .....</p> <p>شرایط دیگر: .....</p>
<b>فرصت‌های شغلی</b>	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input checked="" type="checkbox"/> مسئول فنی: تمام‌وقت <input checked="" type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input type="checkbox"/></p> <p>تلفن: ۰۸۵۲۴۲۲۳۳۰۵ و ۰۹۱۸۳۵۲۰۱۲۴ - حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل) ماهیانه ۵,۰۰۰,۰۰۰ ریال</p> <p>شرایط دیگر: در مانگه فرهنگیان واقع در شهر تویسرکان، داشتن یک اتاق جهت استراحت، همچنین پاداش، عیدی و بیمه نیز در قرارداد منظور می‌گردد.</p>
	<p>کارخانه داروسازی: ..... مایل به همکاری با دکتر داروساز به‌عنوان ..... تلفن: .....</p> <p>شرایط دیگر: .....</p>
<b>واگذاری داروخانه</b>	<p>داروخانه: شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input checked="" type="checkbox"/> نیمه‌وقت <input type="checkbox"/></p> <p>مزایا: فروش بالا</p> <p>آدرس: هر فاضل استان همدان و کرمانشاه</p> <p>تلفن: ۰۹۱۲۳۲۶۳۸۶۷</p> <p>شرایط دیگر: آماده همکاری و یا مشارکت با یک نفر داروساز</p>

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		ماه		روز					
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									
سال		ماه		روز					
شهرستان محل فعالیت:									
آدرس پستی: استان: ..... شهرستان: ..... خیابان: .....									
خیابان: ..... کوچه: .....									
کوچه: ..... شماره: .....									
کدپستی: ( ذکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)									
تاریخ: .....									
امضا: .....									

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 ۱۱۰/۴۳ 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



## ⚡ هشدار مهم در رابطه با مصرف سالمترول ⚡

به اطلاع کلیه همکاران محترم می‌رساند که مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها اخیراً سه مورد گزارش تشدید حملات تنفسی متعاقب مصرف سالمترول (Serevent®) در سه بیمار مبتلا به آسم دریافت نموده است که متأسفانه در یک مورد منجر به مرگ بیمار گشته است. لازم به ذکر است که هر سه بیمار هنگام شروع حمله آسم از سالمترول استفاده نموده‌اند و با توجه به این که شروع اثر این فرآورده با تاخیر صورت می‌گیرد و لذا جهت مصرف در هنگام بروز حملات حاد آسم توصیه نمی‌گردد، ارتباط میان مصرف سالمترول و عوارض مذکور به اثبات نرسیده است.

سالمترول یک داروی سمپاتومیمتیک از دسته آگونیست‌های انتخابی گیرنده‌های  $\beta_2$  آدرنرژیک می‌باشد. این فرآورده به‌عنوان برونکودیلاتور طولانی اثر در پیشگیری از برونکواسپاسم در بیماران مبتلا به آسم و بیماری مزمن انسداد ریوی (COPD) مصرف می‌گردد. به‌منظور پیشگیری از بروز عوارض شدید ریوی ناشی از مصرف سالمترول، توجه همکاران محترم را به نکات زیر جلب می‌نماید:

- ۱- سالمترول فقط به‌عنوان درمان نگاهدارنده در بیماری‌های تنفسی نظیر آسم یا بیماری مزمن انسداد ریوی (COPD) مورد استفاده قرار می‌گیرد. مصرف سالمترول در بیماران مبتلا به آسم حاد پیشرونده یا علایم حاد COPD توصیه نمی‌گردد. زیرا بروز عوارض ریوی حاد شدید و حتی کشنده در این موارد گزارش شده است.
- ۲- شروع اثر سالمترول با تاخیر صورت می‌گیرد و لذا مصرف آن جهت بهبود علایم حاد آسم توصیه نمی‌گردد.
- ۳- کلیه بیماران مصرف‌کننده سالمترول باید در رابطه با مصرف یک داروی سمپاتومیمتیک استنشاقی مناسب به‌عنوان درمان مکمل هنگام بروز علایم حاد تحت آموزش قرار گیرند.
- ۴- به‌ندرت ممکن است بلافاصله پس از مصرف داروی سمپاتومیمتیک، برونکواسپاسم حاد اتفاق افتد. برونکواسپاسم حاد ممکن است به‌علت واکنش ازدیاد حساسیت به دارو یا یکی از اجزا فرمولاسیون و یا به‌علت Paradoxical Effect باشد. در چنین شرایطی مصرف فرآورده باید بلافاصله قطع گردد.
- ۵- سالمترول جایگزین کورتیکواستروئیدهای خوراکی یا استنشاقی نمی‌باشد. بنابراین باید به بیماران مصرف‌کننده کورتیکواستروئید توصیه گردد که هنگام شروع مصرف سالمترول نسبت به کاهش مقدار مصرف یا قطع مصرف کورتیکواستروئیدها اقدام ننمایند، زیرا ممکن است منجر به پیشرفت آسم گردد.
- ۶- بر اساس اطلاعیه انتشار یافته از جانب سازمان غذا و دارو در آمریکا (FDA) در آگوست ۲۰۰۳، خطر بروز حملات کشنده آسم یا مرگ‌های مرتبط با آسم در بیماران دریافت‌کننده سالمترول با درصدی کم ولی معنی‌دار از نظر آماری افزایش می‌یابد.
- ۷- به بیماران مصرف‌کننده سالمترول توصیه می‌گردد که بدون مشورت با پزشک به‌طور ناگهانی داروی خود را قطع ننمایند. از همکاران محترم تقاضا می‌گردد در صورت مشاهده هر گونه عارضه متعاقب مصرف این دارو با مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (شماره تلفن: ۶۴۰۴۲۲۳) تماس حاصل فرمایند.

### Reference:

1. American Hospital Formulary Service ( AHFS ) Drug Information, 2001.
2. [www.fda.gov/medwatch/](http://www.fda.gov/medwatch/)

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

مدعی تولید کاملترین، قویترین و سریعترین نرم افزار داروخانه در کشور هستیم

## داروخانه ۲۰۰۲

- اولین نرم افزار داروخانه تحت سیستم Windows با فرمت تایید شده سازمان تامین اجتماعی
- پشتیبانی قوی، ضمانت یکساله و ۱۰ سال خدمات پس از فروش
- بهره برداری شده در بیش از ۲۰۰ داروخانه تهران و شهرستان
- فروش اقساطی با قیمت باور نکردنی

در بهینه سازی این نرم افزار از نظریات بیش از ۶۰ داروساز و کارشناس داروخانه و امور بیمه بهره جسته ایم که محصول تلاش ما نرم افزار داروخانه با قابلیت‌های زیر می باشد:

- پذیرش نسخ بصورت کاملاً هوشمند در کوتاهترین زمان ممکن
- امکان ورود نام کالا / دارو به سه طریق مروف افتصاری، کد دارو و مروف اولیه نام دارو
- قابلیت افزودن انواع بیمه و تغییر درصد فرانشیز، حق فنی، قیمت داروها و ...
- دارای بفش کامل داروهای ترکیبی با قابلیت چاپ برپسب برای ظروف داروهای ترکیبی
- انبارداری بسیار قوی و دارای امکان فروج کالا به صورت فروش و امانی و ...
- قابلیت اعمال داروهای مشابه
- فرهنگ کامل داروهای ژنریک، هلال اممر و داروهای گیاهی
- کمک به بازفروانی نسخه های ناخوانا با تایپ چند مرف از نام دارو
- کنترل تداflat دارویی با امکان افزایش بانک اطلاعاتی
- چاپ صورتمساب بر روی نسخه بیمار
- کنترل فودکار تاریخ انقضای داروها
- تهیه گزارش جهت بیمه های مختلف به صورت چاپی و دیسکتی
- برنامه کامل مسابداري داروخانه شامل ورود و فروج پول و چک و مقوق و مفارح
- تهیه صورت کسری انبار به تفکیک شرکتهای پفش دارویی
- ارائه یک نرم افزار جهت راه اندازی مجدد برنامه در صورت بروز اشکالات سیستم عامل Windows

**نرم افزار رژیم درمانی**  
باثبت مختصات جسمی بیمار (قد، وزن و دورمچ)  
رژیم غذایی مناسب و برنامه کاهش و  
افزایش وزن بیمار را چاپ و به وی تحویل دهد.

**فارماسافت**  
اولین و کاملترین فرهنگ دارویی الکترونیک کشور  
ارسال رایگان جهت داروخانه

آماده همکاری با انجمنهای داروسازان شهرستانها

## سلاک طب

پیشرو در تولید نرم افزارهای پزشکی  
تهران، خیابان توانیرشمالی، بالاتر از بل همت، نرسیده به میدان ونک، پلاک ۴۹- طبقه سوم - واحد ۵  
تلفن: ۸۷۷۷۹۹۵ و ۰۹۱۲۱۰۳۱۹۲۴

[www.selakteb.com](http://www.selakteb.com)

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:

۴

## 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 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



## 📌 قابل توجه همکاران ارجمند

مجله علمی اجتماعی رازی مسئولیت اصلی خود را بررسی همه جانبه مسئله دارو در ابعاد گوناگون دانسته، و در هنگام ضرورت به مسائل بهداشت و درمان نیز می‌پردازد.

خواهشمند است نظر، پیشنهادات و انتقادات خود را جهت ارتقاء کیفی نشریه به نشانی مجله ارسال فرمائید.

همکارانی که مایل به ارسال مقاله، گزارش و ... در زمینه‌های فوق هستند لطفاً نکات ذیل را مورد توجه قرار دهند:

۱- مقاله قبلاً در نشریه دیگری به چاپ نرسیده باشد.

۲- مطالب ارسالی در روی یک صفحه و به صورت یک خط در میان نوشته شده باشد (مقالات ارسالی بهتر است بصورت تایپ شده ارسال گردد).

۳- نام و نام خانوادگی، سمت، نشانی کامل، شماره تلفن نویسنده همراه مقاله ارسال شود.

۴- مقالاتی که ترجمه کامل است همراه آن فتوکپی اصل مقاله نیز ارسال گردد.

۵- جداول، منحنی‌ها و نمودارها در صفحه جداگانه تهیه و ضمن شماره‌گذاری در متن مقاله نیز با شماره مشخص شود.

۶- در صورتی که مقاله نیاز به چاپ عکس داشته باشد، ضروری است عکسهای ارسالی دقیق و روشن بوده و همراه با توضیحات کافی باشد.

## 📌 ضوابط ذکر منبع برای مقالات ارسالی

منبع باید حتماً در متن مقاله شماره‌گذاری متن و در فهرست منابع بصورت زیر نوشته شوند:

۱- مقاله:

نام خانوادگی نویسنده - حروف اول نام کوچک نویسنده (با حروف بزرگ) - عنوان مقاله - نام اختصاری مجله (طبق

روش Index Medicus) - سال انتشار - شماره مجلد (Volume) - صفحه

Graham N. The Epidemiology of Acute Respiratory Infections in Children and Adults; A Global perspective

Epidemiol Rev 1990; 12: 128 - 149

۲- کتاب:

نام خانوادگی نویسنده - حروف اول نام کوچک نویسنده (با حروف بزرگ) - اسم کتاب - شماره چاپ - محل چاپ - نام

ناشر کتاب - سال انتشار - شماره صفحه

اگر مطلبی از یک فصل کتاب باشد، ابتدا نام نویسنده آن فصل، بعد عنوان فصل و سپس قبل از نام نویسندگان کتاب

کلمه «In» و آنگاه مشخصات کتاب بصورت فوق نوشته می‌شود. مثال:

Stockley RA. Bronchiectasis. In: Brewis RAL, et al. Respiratory medicine. first ed. London. Billiere - Tindal.

1995, pp: 67 - 98.

بایستی توجه داشت که در مورد مقاله یا کتاب، اگر عده نویسندگان ۶ نفر یا کمتر از آن باشد، نام تمام نویسندگان

ذکر می‌شود و اگر عده آنها بیش از ۶ نفر باشد، تنها نام نویسنده اول ذکر می‌گردد و بقیه را بصورت et al می‌نویسند.

۳- ترتیب نوشتن مأخذ فارسی:

نام خانوادگی نویسنده - نام کوچک نویسنده - عنوان مقاله - نام مجله یا کتاب - شماره جلد - اسم ناشر - محل نشر -

شماره صفحه - سال انتشار.

در صورتی که مطلب ترجمه شده بود، فقط نام خانوادگی و نام کوچک مترجم ذکر شود و سپس در پرانتز کلمه

«مترجم» آورده شود. مثال: بهرامی، عبدالعظیم، ملاحظاتی پیرامون ... مجله ماهنامه رازی. شماره ۴. صفحه ۵۹ -

۵۴. سال ۱۳۷۱.