خودآموزی

راهنمای ثبت نام بازآموزی
(دوره ششم 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 ۱۷۵ / ۶۱۲

اطلاعیه

سیلد نافیل و عوارض شدید قلبی

به اطلاع همکاران محترم می‌رساند که مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها یک مورد گزارش انفارکتوس میوکارد متعاقب مصرف سیلدنافیل دریافت نموده است. بیمار آقایی ۵۵ ساله باسابقه ابتلا به دیابت می‌باشد که به دنبال مصرف قرص ۵۰ میلی‌گرمی سیلدنافیل دچار درد قفسه سینه، تعریق، تهوع و در نهایت ایست قلبی ـ تنفسی گشته و با اقدامات به موقع در بیمارستان بهبود یافته است. با توجه به احتمال بروز عوارض شدید قلبی ناشی از مصرف این دارو توجه همکاران محترم را به نکات زیر جلب می‌نماید:

۱ ـ انفارکتوس میوکارد ناشی از مصرف سیلدنافیل به ندرت در بیماران فاقد سابقه ابتلا به بیماری‌های قلبی ـ عروقی و بدون مصرف هم‌زمان با داروهای مستعد کننده مشکلات قلبی ـ عروقی گزارش شده است.

۲ ـ عوارض قلبی ـ عروقی از قبیل فیبریلاسیون دهلیزی، کاردیومیوپاتی، گرگرفتگی، افت فشار خون، سکته قلبی، ترومبوز و تاکی‌کاردی بطنی با مصرف سیلدنافیل گزارش شده است.

۳ ـ مصرف هم‌زمان سیلدنافیل و نیترات‌های ارگانیک (مانند نیتروگلیسرین)، نیترات‌ها و Nitric oxide donors (مانند نیتروپروساید) در کلیه اشکال دارویی (خوراکی، زیرزبانی، تزریقی، transmucosal و ...) به‌علت احتمال ایجاد کاهش فشار خون کشنده ممنوع می‌باشد.

۴ ـ مصرف سیلدنافیل در بیماران مبتلا به بیماری‌های قلبی ـ عروقی، بیماران مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده یا زخم پپتیک حاد، بیماران مصرف کننده رژیم‌های دارویی مهار کننده سیستم CYP۴۵۰ (مانند اریترمایسین، سایمتیدین و ...) بایستی بااحتیاط صورت گیرد.

۵ ـ با توجه به احتمال بروز عوارض قلبی شدید ناشی از مصرف سیلدنافیل و احتیاطات ذکر شده تاکید می‌گردد که این دارو فقط بایستی تحت نسخه پزشک مصرف گردد.

از همکاران محترم تقاضا می‌گردد در صورت مشاهده هر گونه عارضه متعاقب مصرف فرآورده‌های دارویی مذکور، با مرکز ثبت و بررسی عوارض ناخواسته داروها (شماره تلفن: ۶۴۰۴۲۲۳) تماس حاصل فرمایند.

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

Reference:
1. American Hospital Formulary Service (AHFS) Drug Information. 2004.
2. MicroMedex 2004.

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

داروخانه۲۰۰۲

- 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 حروف اختصاری، کد دارو و حروف اولیه نام دارو
- قابلیت افزودن انواع بیمه و تغییردرصد فرانشیز، حق فنی، قیمت داروها و ...
- دارای بخش کامل داروهای ترکیبی با قابلیت چاپ برچسب برای ظروف داروهای ترکیبی
- انبارداری بسیار قوی و دارای امکان خروج کالا به صورت فروش و امانی و ...
- قابلیت اعمال داروهای مشابه
- فرهنگ کامل داروهای ژنریک، هلال احمر و داروهای گیاهی
- کمک به بازخوانی نسخه های ناخوانا با تایپ چند حرف از نام دارو
- کنترل تداخلات دارویی با امکان افزایش بانک اطلاعاتی
- چاپ صورتحساب بر روی نسخه بیمار
- کنترل خودکار تاریخ انقضای داروها
- تهیه گزارش جهت بیمه های مختلف به صورت چاپی و دیسکتی
- برنامه کامل حسابداری داروخانه شامل ورود و خروج پول و چک و حقوق و مخارج
- تهیه صورت کسری انبار به تفکیک شرکتهای پخش دارویی
- ارائه یک نرم افزار جهت راه اندازی مجدد برنامه در صورت بروز اشکالات سیستم عامل Windows

نرم افزار رژیم درمانی

با ثبت مختصات جسمی بیمار(قد، وزن ودورمچ) 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 پل همت، نرسیده به میدان ونک، پلاک ۴۹- طبقه سوم - واحد۵

تلفن :۸۷۷۷۹۹۵ و ۰۹۱۲۱۰۳۱۹۲۴

www.selakteb.com

برگـه درخواست اشتـــــراک

۱۳۸۳

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 موسسهٔ‌محل اشتغال .....

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

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

برای اشتراک 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 اشتراک ماهنامه دارویی رازی

۱۳۸۳

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 ۱۰رقم کد پستی‌الزامی‌است.) بنویسید.

۳ـ بهای اشتراک برای افراد، با احتساب هزینه ارسال ، برای مدت یک سال، مبلغ ۷۲,۰۰۰ 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 جاری‌شماره **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- 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 ۱۷۵ / ۶۱۶

اطلاعیه

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

نام دارو	شکل دارو	دوز دارو
DOXEPIN (AS HYDROCHLORIDE)	Capsule	10 mg
DOXEPIN (AS HYDROCHLORIDE)	Capsule	25 mg
NITRAZEPAM	Tablet	5 mg
PEGINTERFERON ALFA-2A	Injection	180 mcg/ml
CONTACT LENS SOLUTIONS	Solution	
SULFASALAZINE	Tablet	500 mg
METHADONE HYDROCHLORIDE	Tablet	20 mg
METHADONE HYDROCHLORIDE	Tablet	40 mg

داروهای موجود در فهرست دارویی ایران به‌صورت ذیل تغییر یافت:

■ داروی PIPERAZINE HYDRATE (AS CITRATE) Syrup 750 mg/5ml به شکل زیر تصحیح گردید.
PIPERAZINE HEXAHYDRATE (AS CITRATE) Syrup 750 mg/5ml

■ داروی Iron Inj به شکل زیر تفکیک و تصحیح گردید.
IRON (AS SORBITOL) Inj(IM) 50 mg Fe/ml(2ml)

■ داروی Iron Inj به شکل زیر تفکیک و تصحیح گردید.
IRON (AS SORBITOL) Inj(IV) 20 mg Fe/ml(5ml)

■ داروی DALTEPARIN SODIUM Injection 5000 U/ml به شکل زیر تصحیح گردید.
DALTEPARIN SODIUM Injection 5000 U/0.2ml

■ داروی PENTOXIFYLLINE TABLET 400 mg به شکل زیر تصحیح گردید.
PENTOXIFYLLINE SR TABLET 400 mg

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 وانتقادات 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:

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

۲ـ 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).

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

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

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

۶ـ 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:

۱ـ مقاله:

نام خانوادگی نویسنده ـ حروف اول نام کوچک نویسنده (با حروف بزرگ) ـ عنوان مقاله ـ نام اختصاری مجله (طبق روش Index Medicus) ـ سال انتشار ـ شماره مجلد (Volume) ـ صفحه

Graham N. The Epidemiology of Acute Respiratory Infections in Children and Adults; A Global perspective Epidemiol Rev 1990; 12: 128 - 149

۲ـ کتاب:

نام خانوادگی نویسنده ـ حروف اول نام کوچک نویسنده (با حروف بزرگ) ـ اسم کتاب ـ شماره چاپ ـ محل چاپ ـ نام ناشر کتاب ـ سال انتشار ـ شماره صفحه

اگر مطلبی از یک فصل کتاب باشد ، ابتدا نام نویسندهٔ 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 عدّه 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 وبقیه را بصورت et al می‌نویسند.

۳ـ ترتیب نوشتن مأخذ فارسی:

نام خانوادگی نویسنده ـ نام کوچک نویسنده ـ عنوان مقاله ـ نام مجله یا کتاب ـ شماره جلد ـ اسم ناشر ـ محل نشر ـ شماره صفحه ـ 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 ـ ۵۴. سال ۱۳۷۱.

پی‌در پی ۱۷۵ / ۶۱۸