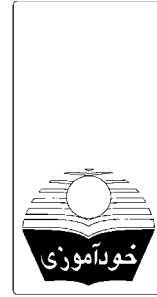


سؤالات چهار جوابی مربوط به مقاله بازآموزی

آمپی‌سیلین / سالباکتام (بتالاکتام / مهارکننده بتالاکتاماز)

- ۱ - درباره بتا - لاکتامازها کدام جمله غلط است؟
الف - باعث هیدرولیز حلقه بتا - لاکتام آنتی‌بیوتیک‌های بتا - لاکتام می‌شوند.
ب - توسط باکتری‌های گرم مثبت و گرم منفی تولید می‌شوند.
ج - ژن مولد آن‌ها فقط در پلاسمید باکتری‌ها مستقر است.
د - غلظت آن‌ها در باکتری‌های گرم منفی بیشتر از گرم مثبت‌ها است.
- ۲ - میکرواورگانیزم‌های مولد ESBL به کدامیک حساسند؟
الف - سفوگزیتین
ب - سفوتتان
ج - کارباپنم‌ها
د - هر سه مورد
- ۳ - اسید کلاوولانیک کدام را ندارد؟
الف - حلقه بتالاکتام
ب - اثر ضدباکتری موثر
ج - قدرت مهار بتالاکتامازها
د - حلقه ۵ ضلعی
- ۴ - zosyn نام تجاری کدام است؟
الف - اسید کلاوولانیک / آموکسی‌سیلین
ب - اسید کلاوولانیک / تی‌کارسیلین
ج - سالباکتام / آمپی‌سیلین
د - تازوباکتام / پی‌پراسیلین



۵ - pH محلول سالباکتام / آمپی سیلین:

- الف - اسیدی است
ب - بازی است
ج - بازی قوی است
د - خنثی است

۶ - کدامیک از جملات زیر غلط است؟

- الف - در فرآورده‌های آمپی سیلین / سالباکتام، این دو ماده به نسبت ۲ به ۱ هستند.
ب - نیمه عمر متوسط آمپی سیلین و سالباکتام حدود یک ساعت است.
ج - میزان اتصال آمپی سیلین و سالباکتام به پروتئین‌های خون به ترتیب ۲۸ و ۳۸ درصد است.
د - در بیماران با کلیه‌های نارسا نسبت دو ماده در بدن تغییر می‌کند.

۷ - سالباکتام / آمپی سیلین بر کدامیک معمولاً موثر نمی‌باشد؟

- الف - استافیلوکوک‌های مقاوم به گروه متی‌سیلین
ب - باکتری‌های بی‌هوازی
ج - باکتری‌های گرم منفی هوازی
د - باکتری‌های گرم مثبت هوازی

۸ - در تکنیک Dilution، MIC چند میکروگرم باشد اورگانیزم‌های گرم مثبت حساس به آمپی سیلین / سالباکتام است؟

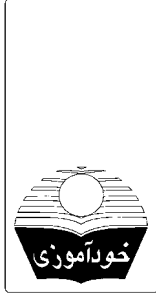
- الف - ۸ یا کمتر از آن
ب - ۱۶
ج - ۳۲
د - ۶۴

۹ - کدامیک از موارد مصرف آمپی سیلین / سالباکتام است؟

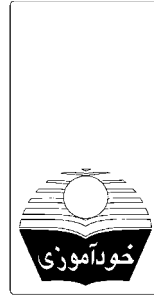
- الف - عفونت‌های پوستی
ب - عفونت‌های داخل شکمی
ج - عفونت‌های زنان
د - هر سه مورد

۱۰ - کدامیک از جملات زیر صحیح است؟

- الف - مصرف آمپی سیلین / سالباکتام در بیماران مبتلا به منونوکلئوزیس منعی ندارد.
ب - در بیماری که آمپی سیلین / سالباکتام و جنتامایسین تجویز شده، برای راحتی بیمار می‌توان دو فرآورده را در یک سرنگ مخلوط و تزریق نمود.
ج - مصرف آمپی سیلین / سالباکتام در صورت نیاز در دوران حاملگی منعی ندارد.
د - مصرف آمپی سیلین / سالباکتام در بچه‌های یک ماهه منعی ندارد.



- ۱۱ - درصد وقوع کدام عارضه با آمپی سیلین / سالباکتام بیشتر است؟
الف - درد در محل تزریق عضلانی
ب - درد در ناحیه تزریق وریدی
ج - ترومبوفلیت
د - اسهال
- ۱۲ - درباره آمپی سیلین / سالباکتام کدام جمله غلط است؟
الف - در بزرگسالان می تواند داخل وریدی تزریق شود.
ب - در بزرگسالان می تواند داخل عضلانی تزریق شود.
ج - در بچه ها بهترین راه تجویز آن تزریق عضلانی است.
د - قبل از تهیه محلول آمپی سیلین / سالباکتام، ویال ها در دمای اتاق پایدار هستند.
- ۱۳ - در یک بچه به وزن ۲۰ کیلوگرم دوز آمپی سیلین / سالباکتام چقدر است؟
الف - ۲۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
ب - ۷۵۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
ج - ۱۵۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
د - ۳۰۰۰ میلی گرم هر ۶ ساعت
- ۱۴ - در بیمار بزرگسال دوز معمول آمپی سیلین / سالباکتام کدام است؟
الف - ۳ - ۱/۵ گرم هر ۶ ساعت
ب - ۳ - ۱/۵ گرم هر ۱۲ ساعت
ج - ۳ - ۱/۵ گرم هر ۲۴ ساعت
د - ۶ - ۳ گرم هر ۶ ساعت
- ۱۵ - در بیماری که کلیرنس کره آتی نین ۱۰ میلی لیتر در دقیقه برای ۱/۷۳ مترمربع سطح بدن باشد دوز معمول آمپی سیلین / سالباکتام با چه فاصله زمانی تزریق می شود؟
الف - ۶ ساعت
ب - ۸ ساعت
ج - ۱۲ ساعت
د - ۲۴ ساعت



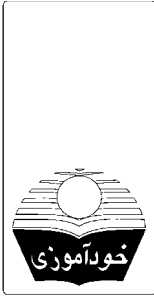
لطفاً از تغییر اندازه (بزرگ یا کوچک کردن) پاسخنامه خودداری فرمایید
و فتوکپی پاسخها را نزد خود نگه دارید.

پاسخنامه ۸



نام و نام خانوادگی استان شهرستان شماره نظام پزشکی
تعداد پاسخهای صحیح تعداد پاسخهای 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
آمپی سیلین / سالباکتام (بتالاکتام / مهارکننده بتالاکتاماز)

شماره ۸، شهریور ۸۶، صفحات ۸ تا ۱۷

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 می‌شد.
<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 می‌آورد.
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	۷ - سؤالات خودآموزی متناسب با مقاله طراحی شده بودند.

(۱)* - ستون اول به معنای: کاملاً مخالف
ستون‌های مابین، حدوسط اظهار نظر می‌باشند.

(۵)** - ستون پنجم به معنای: کاملاً موافق

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 - 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 ممه‌ور به مهر داروخانه یا کارخانه برای ارایه‌دهندگان فرصت‌های شغلی، جهت دفتر نشریه ارسال دارند.

متقاضی کار	نام و نام‌خانوادگی (در صورت تمایل):
	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
	سال فراغت از تحصیل سابقه کار تلفن:
	توضیحات اضافی:

فرصت‌های شغلی	داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> روزانه <input type="checkbox"/> مسئول فنی: <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت
	تلفن: حقوق پیشنهادی (در صورت تمایل)
	شرایط دیگر:

واگذاری داروخانه	کارخانه داروسازی مایل به همکاری با دکتر داروساز به‌عنوان تلفن:
	شرایط دیگر:

واگذاری داروخانه	داروخانه: <input type="checkbox"/> شبانه‌روزی <input type="checkbox"/> تمام‌وقت <input type="checkbox"/> نیمه‌وقت
	مزایا:
	آدرس:
	تلفن:
.....	شرایط دیگر:

تذکر:

- ۱ - شایان ذکر است که ماهنامه رازی عهده‌دار هیچ‌گونه مسؤلیتی در این رابطه نبوده و فقط انتقال‌دهنده 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.



راهنمای ثبت‌نام بازآموزی (دوره هشتم خودآموزی ماهنامه دارویی رازی) ویژه داروسازان و پزشکان عمومی

- ۱ - فرم درخواست ثبت‌نام را به‌طور دقیق تکمیل کرده به آدرس مجله ارسال فرمایید.
- ۲ - نشانی خود را کامل، خوانا و با ذکر کدپستی (کدپستی ده رقمی) بنویسید.
- ۳ - در صورت اشتراک قبلی در مجله رازی کد اشتراک را حتماً قید نمایید.
- ۴ - هزینه ثبت‌نام برای مشترکان محترم علاوه بر هزینه اشتراک، برای مدت یک‌سال، مبلغ ۱۵۰,۰۰۰ ریال خواهد بود.
- ۵ - هزینه ثبت‌نام 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 ثبت‌نام 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: ۶۶۷۰۹۴۶۹

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



درخواست ثبت نام سال ۱۳۸۵

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

نام خانوادگی	<input type="text"/>
نام	<input type="text"/>
جنس: <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/> زن	تاریخ تولد <input type="text"/>
	روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <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	<input type="text"/>
	روز <input type="text"/> ماه <input type="text"/> سال <input type="text"/>
شهرستان محل فعالیت:	
آدرس پستی: استان: شهرستان: خیابان:	
خیابان: کوچه:	
کوچه: شماره:	
کدپستی:	<input type="text"/> (ذکر کدپستی ده رقمی ضروری است.)
تاریخ:	امضا:

راهنمای اشتراک ماهنامه دارویی رازی

۱۳۸۹



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



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



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: ۶۶۷۰۹۴۶۹

برگه درخواست اشتراک

۱۳۸۹

کد اشتراک

حروف به تفکیک آورده شوند:

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

نام

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

نام خانوادگی

زن

مرد

جنس:

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 کدپستی الزامی است)

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

تلفن: ، صندوق پستی:

نام سازمان یا موسسه محل اشتغال

قبلاً مشترک نبوده‌ام:

قبلاً مشترک بوده‌ام:

تاریخ و امضا:

