



چشم‌انداز قانونی تجویز دارو

«قسمت دوم»

یا نامطلوب باشد. تقریباً گرایشی به طبقه‌بندی تمام واکنش‌های دارویی با عنوان نامطلوب وجود دارد. این نگرش به بروز مسائل پزشکی قانونی غیرضروری و مخدوش شدن اطلاعات پزشکان میرسد زیرا ایشان می‌خواهند بدانند کدام واکنش داروئی نیازمند توجه ویژه است و اگر هر واکنش محتمل گزارش شده داروئی را برای هر دارو در فهرست نامطلوب طبقه‌بندی نماییم این امر به قضاؤت حرفه‌ای کمکی نخواهد کرد. در حقیقت در نوشتن نسخه غالباً توجه به واکنش‌های خاص دارویی است از جمله خشکی دهان بعنوان نشانه افزایش مصرف دارو.

پزشکان باید در حد ممکن، هرچه بیشتر به صورت پیوسته قادر به ارزیابی واکنش‌های دارویی دربرابر آثار سودمند آن و مقایسه بادیگر درمان‌ها باشند، حدت شرایطی که درمان در آن انجام می‌شود و نیز شرایط کامل بیمار نیز درین مورد باید مورد توجه قرار گیرد. برای مثال وی باید دقیقاً در برخورد باشد واکنش‌های نامطلوب دارو به عنوان تنها راه

اهمیت واکنش‌های داروئی - واکنش‌های دارویی اعم از عوارض جانبی و اثرات گسترده از نظر اهمیت بر حسب طبیعت و شرایط کاملاً متنوع‌اند. ۱) نامطلوب (نشنگی در رانندگان تاکسی) و مطلوب (نشنگی در بیماران سلطانی) ۲) مهم (اگرانلوسیتوز) غیرمهم (خشکی دهان) ۳) ظاهر (اورتیکاریای عمومی) مخفی (لکوپنی) ۴) خطیر (اغما حاد) یا ملایم (خواب آلودگی خفیف - مزمن) ۵) حاد (هپاتیت حاد) یا مزمن (درماتیت مزمن) ۶) فوری (شوك آنافلکتیک) یا تأخیری (سیروز کبدی) ۷) تقویت کننده (الکل و مرفين) وقفه دهنده (آرامبخش‌ها همراه محرکهای سیستم عصبی مرکزی).

بروشنی اصطلاح «نامطلوب» یکی از وجوده فراوان توصیفی واکنش‌هایست، مشکلی که در ارتباط با شرایط می‌توانند مطلوب و

*کارشناس امور داروئی

- (۱) آیا پزشک تمام پیش آگهی های منطقی را رعایت می کند؟ آیا بیمار از سوی وی در جهت عدم حساسیت داروئی آزمایش شده است؟ آیا تمام داروهایی که دارای تداخل اثر با داروی تجویز شده است حذف شده اند؟ آیا وی فرست کافی برای دفع داروهای دیرپا برای اجتناب از تداخل داده است؟ آیا وی ملاحظات لازم در مورد تداخل اثر رژیم غذائی را نموده است از جمله مصرف پنیر در بیمارانی که برخی داروهای روانی انرژی زارا بسکار می بردند؟ آیا وی درباره ناسازگارهای فیزیکی شیمیائی و درمانی ملاحظات لازم را معمول نموده است؟ فهرست این سوالات بسیار طولانی است :
- (۲) آیا پزشک شخصاً عوارض جانبی را زیر نظر دارد؟ آیا وی قادرست بدون محافظه کاری تجارب عوارض جانبی را بر اساس رابطه علت و معلول (علیت) بروشنی اعلام دارد؟ پزشکانی که مرگ آنی ناشی از شوک آنافیلاکتیک تزریق پنی سیلین را ملاحظه می نمایند، با دادن پاسخ فوری تردید اند کی در مورد دارو بعنوان علت دارند. از سوی دیگر پزشکان با دسترسی به اطلاعات بیشتر در مورد عوارض جانبی داروهای تصمیم گیری محافظه کارانه تری خواهند داشت.
- (۳) آیا تجویز دارو به بروز آثار «واکنش داروئی» شدید و فوری میرسد. شرایط، اهمیت وضعیت را تغییر می دهند. برای مثال خواب عمیق ناشی از تجویز داروی آنتی هیستامین در درمان آلرژی راننده تاکسی برای وی و مسافران درمان در شرایط خطر مرگ به تصمیم برسد. امروز پزشکان در تجویز دارو نباید به شناخت واکنش های داروئی قناعت کنند بل باید آگاهی کامل از آثار احتمالی داروهای تجویز شده و اهمیت آنها داشته باشند. او باید بداند که در برخورد با شرایط حادث نادر که شاید یک در چند هزارو یا در میلیون اتفاق می افتد چگونه برخورد نماید. ازین رو قادر به انجام خدمات بیشتر به بیماران خود بوده و نیز به شناخت دعاوی حادث و جایگاه قانونی خود خواهد رسید. بصورت نمونه در بیان مواردی که پزشک با آن برخورد می نماید به مرگ آنافیلاکتیک مرد ۲۴ ساله بعد از دریافت قرص های مسکیدنی حاوی بنزو کائین، خونریزی قلبی ناشی از مصرف مقدار متعدد آدرنالین، مرگ ناشی از فیبریالسیون ventricular ناشی از تزریق کلسیم در درمان مسمومیت دیژیتال با سقوط شدید فشار خون و مرگ ناگهانی ناشی از تقویت اثر کاهش فشار خون دارو همراه بی حس کننده ها و دیسکرازی خونی پایدار در درمان با PAS اشاره می کنیم.
- معیارهایی برای واکنش های داروئی -
- معیارهایی که باید برای طبقه بندی واکنش های داروئی و تحت عنوانین گروهها صورت گیرد عبارتند از ۱) مسائل پزشک ۲) مسائل محیطی ۳) مسائل بیمار.
- مسائل پزشک - این مسائل بصورت گستردگی در رعایت کامل پیش آگهی ها و ملاحظات است.

خطر آفرین است، در حالیکه عارضه جانی فوق در درمان آلرژی بیمار خطرناک روانی دارای تأثیر گذاری رفع خطر از همسایگان اوست. در اولین مورد این واکنش واقعه نامطلوب است در حالی که در مورد دوم همین واکنش کاملاً سودمند میباشد. با کاهش مقادیر مصرف نتایج کاملاً معکوسی خواهیم داشت. رانندۀ تاکسی دارای وضع بهتر در برایر فشارهای ناشی از رانندگی خواهد بود در حالیکه بیمار روانی از

دیگر آلوده‌کننده‌های سمی استنشاقی در هوای یا موجود در غذا می‌توانند از طریق تأثیر بر سیستم آنژیمی گیرنده‌های داروئی، بافت‌های کلیه، کبد و ریه عمل کنند. واکنش‌های غیرمتعارف از رهگذر نتایج برآمده از این مواد شیمیائی نیز ممکنست بروز نماید. آیا داروها بخوبی نگهداری شده‌اند؟ آیا پرتو خورشید، گرما، رطوبت بیش از حد متعارض بعد از تولید و محتملاً در حمل و نقل به داروخانه و مطب پزشکان بر دارو تأثیر نمی‌گذارند. در صورت عدم نگهداری مطلوب برخی فرآورده‌های فوق العاده سمی از آن حاصل می‌آید. آیا می‌توان دارو را از رهگذر نتایج حاصل از شرایط نامطلوب سرزنش کرد؟

مسائل بیماران – این مسائل از تداخل مستقابل بیمار و دارو حاصل می‌آید که خصوصیات بیمار در آن مطرح می‌گردد. آیا بیمار داروی تجویز شده را دریافت کرده است؟ جایگزینی دارو احتمال غالب مجاز در شرایط خاص بیمارستانی است. داروی جایگزین (نام تجاری دیگر و داروی متفاوت) ممکنست به بروز واکنش نامطلوب متهی شود در حالیکه داروی اصلی از رهگذر این واکنش سرزنش خواهد شد. با این وجود خطای تجویز دارو فراوان است. در یک بیمارستان ۲۳ خطای پزشکی در مورد ۲۰ بیمار ارزیابی گردیده است. در همین بیمارستان ۳۰٪ از ۱۰۴ بیمار که ارزیده بیمارستانی گردیده‌اند واکنش‌های نامطلوب و یا خطای تجویز حاصل از دارو را نشان داده‌اند.



کنترل خارج شده و ممکنست مرتكب جنایتی شود. مسائل محیطی – این مسائل مربوط به عوامل محیطی است که بر بیمار و محیط تأثیر خواهند گذاشت.
آیا عوامل محیطی مسئول‌اند؟ مواد خطرناکی که در تماس با افراد بیمار قرار دارند تأثیر مهمی بر واکنش‌های دارو درمانی خواهند گذاشت. بخار حلال‌ها، دود واحدهای صنعتی و

دیگری را مصرف می‌نماید. در بسیاری موارد بسیاران سرپایی از بیان مراجعته به پزشکان دیگر و داروهای تجویز شده بوسیله آنان ابا دارند. برای بسیاران بستری در بیمارستان میانگین تجویز ۱۴ دارو در طول مدت اقامت در بیمارستان و در مواردی تا دو برابر این مقدار از سوی برخی از پزشکان به چشم می‌آید. در پارهای از مطالعات ارتباط نسبی فراوانی واکنش‌ها با تعداد داروها نمودار شده است. در يك مطالعه دقیق دریک بخش در خلال دو ماه، ۲۹ واکنش در ۲۶ بیمار ملاحظه شده است.

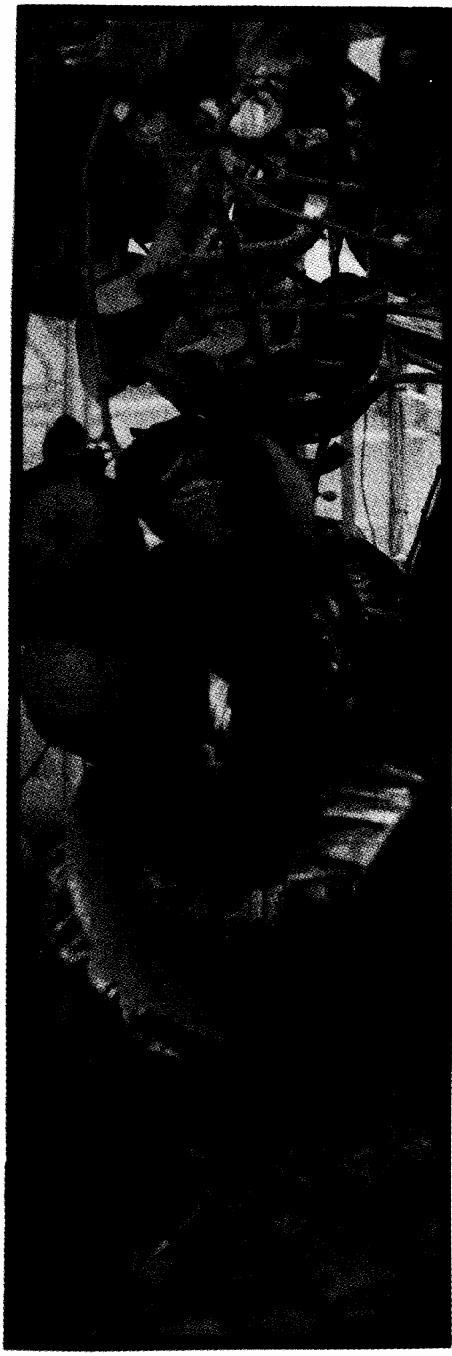
در بررسی‌های متعددی ۱۵٪ بیماران بسیارستانی از واکنش‌های دارویی بشکلی غالباً خفیف رنج می‌برند. لکن در مواردی که تعداد داروهای دریافتی افزوده می‌شود تداخل و یا ناسازگاری داروئی به مقدار زیاد افزایش خواهد یافت. آثار جمعی سینرژی یا تقویت کننده پدیدار می‌گردد. برای مثال وقه دهنده‌های MAO ممکنست آثار دارویی را معکوس نمایند از جمله داروی آرام بخشی مانند رزپین به ایجاد هیجان در بیمار می‌رسد. این داروها می‌توانند به تشید آثار پارهای از داروها از جمله منوم‌ها (باربیوریک‌ها) مخدراها (نارکوتیک‌ها) و هوش برها منجر شوند. الكل نیز به تشید آثار داروهای منوم می‌رسد. حتی پارهای مواد غذایی حاوی تیرامین مانند نوشیدنی‌های الکلی با داروهای وقه دهنده آمینوکسیداز تداخل می‌نمایند. بالاخره داروهای دیرپا ممکنست برای چند روز بجا مانده و با داروهای بعدی مسائلی ایجاد کند.

۲) آیا بیمار دارو را دریافت کرده است؟ عوارض جانبی شدیدی به دارو نسبت داده شده است که بعداً عدم مصرف داروی محکوم شده کشف شده است به همین دلیل امروز آزمایشگاههای صنایع داروسازی در کار توسعه روشهای هستند که بتوانند با روش سریع تعیین سطح ادراری دارو، مصرف صحیح و به مقدار درست آنرا تأیید نمایند.

۳) آیا بیمار مقدار کافی دارو دریافت نموده است؟ پزشک در تجویز دارو پیوسته باید به تفاوت‌های فردی بسیاران از رهگذر جذب، دفع و نیز از رهگذر آنزیم‌های سوخت‌وساز که متفاوت از نظر سن، جنس، وزن و ظرفیت‌اند و شرایط فعلی از نظر اسهال، شیردهی، قاعدگی، تهوع، بارداری، استفراغ و شرایط مزمن مانند آسم، دیابت، فشار خون، بیماری کلیوی و زخم معده توجه نماید. پزشکان باید همیشه ویژگیهای فردی بسیاران در تجویز مقدار در صحیح دارو را در نظر گیرند.

۰ پزشکان باید همیشه ویژگیهای فردی بسیاران در تجویز مقدار در صحیح دارو را در نظر بگیرند.

۴) آیا بیمار داروهای دیگری بصورت همزمان دریافت می‌دارد؟ آیا بیمار به صورت همزمان از داروهای پیشخانی در خود درمانی استفاده می‌نماید؟ آیا بیمار داروی تجویز شده برای بیمار دیگری را از رهگذر توصیه افراد عامی و یا داروی تجویز شده از سوی پزشک



(۵) آیا تجارب عوارض بالینی نشانه‌ای از بیماریست. نشانه‌ها و علائم بیماری غالباً بوکنش‌های دارویی شباht دارند. آیا بیماری دیگری بر بیماری تحت درمان افزوده شده است؟

(۶) جنس بیمار؟ هشیاری ویژه‌ای در مورد تجویز دارو به زنان باردار ضرورت دارد. برای مثال مسهل‌ها گرایش به افزایش جریان قاعده‌گی و در موارد بارداری به سقط دارند با این وجود در دوره بارداری بسیاری از داروها با عبور از سد جفت تأثیر نامطلوب بر جنین داشته و سبب بروز ناهنجاریهایی می‌گردند، ناهنجاری حاصل از تالیدومید، خونریزی ناشی از آسپرین، وقفه تنفسی ناشی از منوم‌ها و دیگران ازین قبیل‌اند. پاره‌ای از داروها در زنان و مردان آثار متفاوتی خواهند گذاشت، هورمونهایی که در یک جنس سودمندند در جنس دیگر زیان آور خواهند بود. در مجموع بروز واکنش‌های دارویی در زنان بیشتر از مردان است.

(۷) تاریخچه بیمار چگونه است؟ و راثت دارای نقش در بروز عوارض نامطلوب دارویی است. سابقه خانوادگی مرگ از کاربرد داروهای هوش بر گزارش شده است. بیماران با سابقه ابتلا به هیپوتیروئیدیسم غالباً به مواد مخدر و آرامیکشن حساس‌ترند.

(۸) سن بیمار چقدر است؟ کودکان بدليل عدم توسعه سیستم آنزیم‌ساز خود به پاره‌ای از داروها و از جمله سولفامیدها و مخدراها حساسیت داشته و از این‌رو مقادیر مصرف

کمتری را طلب می کنند، همچنین پیران غالباً بیش از جوانان به داروها واکنش نشان می دهند.
۹) وزن بیمار چقدر است؟ غالباً بیماران سنگین وزن مقادیر بیشتری از دارو را تحمل

مختلف شناخته شده است. یکی از نمونه های خوب ایدئو سینکرازی ترددی در برابر Primaquine است. بونانیان، ایرانیان، سیاهان و کلیمیان سفارودیک حساسیت بیشتری نسبت به آن می همولیتیک از رهگذر نارسائی آنزیم گلوکر ۶-فسفات دیدروژناز دارند.

۱۲) تأثیر سرما و گرمای چگونه است؟ پاره ای از داروها در ارتباط شرایط اقلیمی درجه حرارت بالا و پایین، ارتفاع، باد، رطوبت و از این قبیل، آثار متفاوتی در بیماران بجا می گذارند.

۱۳) آیا بیمار به دارونما پاسخ می دهد؟ در پاره ای از بیماران پاسخ روان تنی به مواد دریافتی حتی اگر از نظر دارو شناسی بی اثر باشد وجود دارد.

دعایی - موارد دعایی با تنوع فراوانی از شکستگی ناشی از شوک درمان با انسولین، جراحات ناشی از درمان با کبالت رادیواکتیو بدنبال mastectomy، فلچ ناشی از پلی میلیت بدنبال واکسیناسیون، آسیب عصبی و وقفه دهنده ناشی از تزریق درون نخاعی مواد

۱۴) فقط سه داروی دیگر کسین، انسولین و کینیدین مسئول ۳۸٪ کلیه واکنش های دارویی ثبت شده اند.

هوش بر، جراحت ناشی از سوراخ شدن dura در خلال بیهوشی epidural، ازدست دادن دست و پا در اثر تجویز مسکن ها در موردی که بجای گانگرن، کزان تشخیص داده شده بود، واکنش های دارویی در گروههای ترددی

در بررسیهای متعدد ۱۵٪ بیماران بیمارستانی از واکنش های دارویی بشکلی غالباً خفیف رنج می برند. لکن در مواردی که تعداد داروهای دریافتی افزون می شود تداخل و یا ناساز کاری دارویی به مقدار زیاد افزایش خواهد یافت.

۱۵) آیا بیمار به دارونما پاسخ می دهد؟ می نمایند. از سوی دیگر بیماران چاق با مقادیر چربی فراوان و نیز بیماران با استخوان بندی درشت ضرورتاً قادر به تحمل داروی بیشتری نخواهند بود. در این موارد باید تنها بافت های فعال مورد نظر قرار گیرد و نه بافت های نسبتاً غیرفعال در پاسخ دارویی مانند چربی و استخوان که آثار دارو شناسی دارو در آنها کمتر است.

۱۶) رفتار (خلق و خوی) بیمار چگونه است؟ مرد خشنی با مصرف روزانه پنجهزار کالری که در تمام مدت زندگی خود در کار اندختن درختان بوده و به اندازه کافی خشن و سخت است عموماً قادر به تحمل داروی بیشتری در مقایسه با بانوی ضعیف هم سن و وزنی است که عصبی و شکننده بوده و در تمام مدت زندگی خود از عدم اعتماد به نفس رنج برده است.

۱۷) نزاد بیمار چیست؟ تفاوت در واکنش های دارویی در گروههای ترددی

خون جلوه می‌نمایند. ۱۹٪ از واکنش‌ها ناشی از تداخل دارویا عوامل ویژه محیطی ناشی از بیماری و برآمده از عوامل دارویی بوده‌اند. در یک مطالعه در مورد ۱۰۰۰ خطای

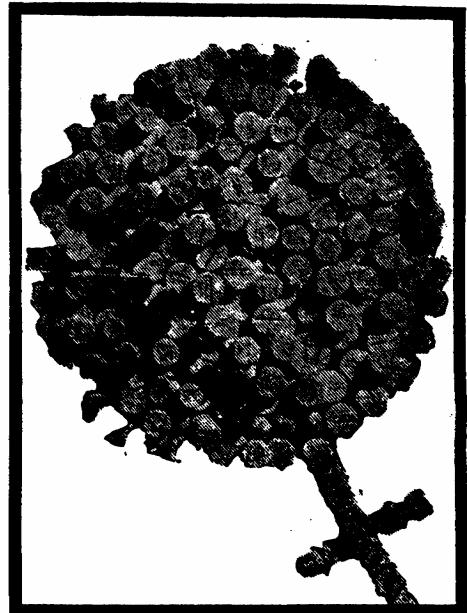
در خلال یک مطالعه ۸ ماهه در ۱۰۰۰ بیمار بستری در بیمارستان، ۲۴۰ واکنش دارویی در ۱۹۸ بیمار ملاحظه گردید.

پزشکی در زمینه جراحی، دارودرمانی و اشکال دیگر درسان بیش از ۱۰٪ از بیماران از عوارض موضعی و عمومی حاصل از ۵۰ دارویی متفاوت که پنی‌سیلین در صدر آنان قرار داشت (۱۹ مورد) رنج می‌بردند. بسیار مهم است که پزشکان در مواردی از رهگذر انحراف از مقادیر مصرف توصیه شده از سوی سازندگان که رسماً از سوی FDA تأیید گردیده است خود را در معرض برخورد با قانون از موضع ضعف قرار می‌دهند.

در خلال یک مطالعه ۸ ماهه در ۱۰۰۰ بیمار بستری در بیمارستان ۲۴۰ واکنش دارویی در ۱۹۸ بیمار ملاحظه گردید. ۱۰.۵ مورد از بیماران نیاز به طول مدت بستری برای واکنش‌های دارویی و یا تحمل علائم آنرا بعد از ترجیح از بیمارستان داشتند. واکنش‌های حاصل در بیماران در ۱۱۰ مورد خفیف (۴۶٪) ۸۲ مورد متوسط (۳۴٪) و در ۴۸ مورد (۲۰٪) شدید بوده‌اند. $\frac{1}{3}$ از موارد واکنش‌های شدید به مرگ منجر شده است. واکنش‌های ناخواسته دارویی در پاره‌ای از

گزارش شده‌اند.

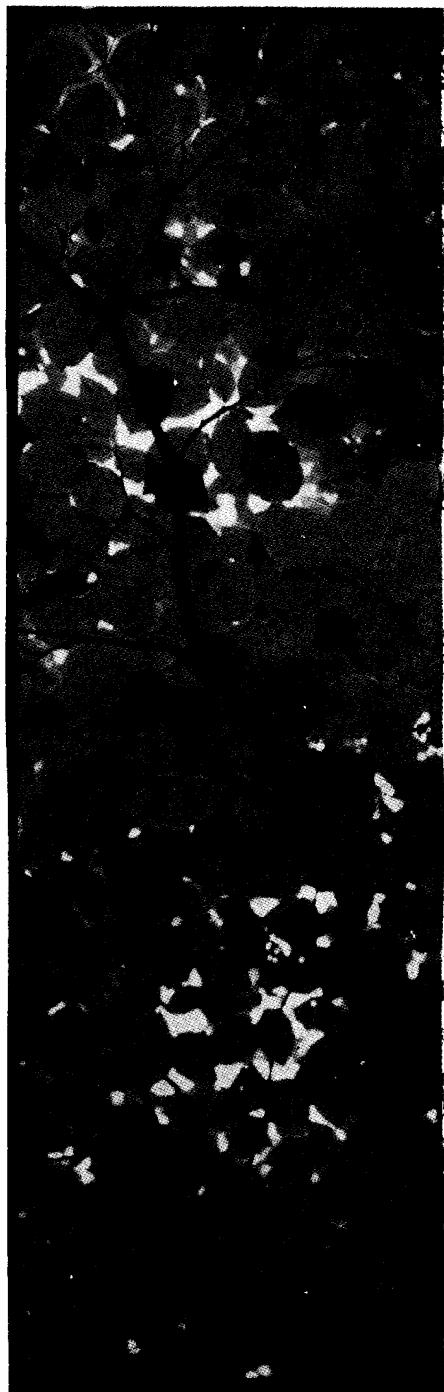
در يك بررسی عمیق ۸۱٪ از واکنش‌های دارویی ناشی از آثار گسترده مقادیر درمانی مازاد، عوارض جانبی، سمیت سلولی در رابطه با مقادیر مصرف و قابل پیش‌بینی بوده‌اند. فقط سه داروی دیگوکسین، انسولین و کینیدین مسئول ۳۸٪ کلیه واکنش‌های دارویی ثبت شده‌اند. این داروها در خلال دهه‌ها مصرف شده و قطعاً برای تجویز کنندگان کاملاً شناخته شده‌اند. تنها چهار گروه دارویی آنتی‌دیابتیک (کاهش قند خون) ضد میکروبی، قلبی عروقی (دیزیتال و کینیدین) و داروهای مُدرّ علت ۶٪



واکنش‌ها بوده‌اند. در حقیقت ۲۱٪ کلیه واکنش‌های دارویی (که در ۱۸٪ از بیماران مورد مطالعه انجام شده است) ناشی از دیزیتال و غالباً به صورت نارسایی کلیه و کاهش پتانسیم

موارد و به نسبتی غیرقابل اجتناب شناخته شده است. بسیاری از موارد شدید با عنوان «بیماری‌های توسعه پزشکی» بشرح زیر طبقه‌بندی شده‌اند: بیماری‌های برآمده از آنتی بیوتیک‌ها (عوارض مقدی روده‌ای، کاندیدا آلبیکانس، کمبود ویتامین کاوب کمپلکس، بیماری‌های ناشی از رشد استافیلوکلک‌های مقاوم، گندخونی باکتریایی، عوارض عصبی، بیماری سرم) عوارض قلبی (آریتمی، خونروش نفوذی پریکارد، میوکاردیت غیراختصاصی) بیماران کلازن (علائم هیدرالازین، فیروز ریوی روده‌ای ندوز پری‌آرتیت) بیماری‌های خونی (واکنش‌های داروئی با سمیت خونی) بیماری‌های کبد (کمای هپاتیک، یرقان، هپاتیک ناشی از مسمومیت) بیماری‌های سوخت و ساز (علائم تخلیه آدرنال - ژینکوماستی برآمده از دیزیتال) گواتر علام کاهش سدیم، علام تخلیه استروئیدها، عوارض تجمع اسیداوریک (بیماری‌های عصبی (اپی‌لیپسی، نوریت، پارکینسون، پسیکوز) بیماری‌های کلیوی (توقف حاد کلیه، احتباس حاد اداری، درماتیت نفroz ناشی از داروها) بیماری‌های ناشی از استروئیدها (علائم تخلیه آدرنال، رخ معده، سوراخ شدن نواحی متورم روده و زخم‌های کولیتی، حالات شبہ کوشینگ علام تخلیه استروئیدی).

برای اجتناب از واکنش‌های بسیاری از داروها پزشکان باید به کاربرد داروی درست با مقدار درست برای هر فرد در شرایط خاص، در زمان درست با توالی درست و برآه درست اقدام



(اصلی در بازار گانی که خریدار بدون تخمین کلیه عوارض خطیر مرغوبیت را پذیرفته است).
بدلیل پرداخت حق الرحمه جبران خدمات پزشک از جمله تجویز دارو از سوی بیمار نمیتوان بکار گرفت.

پارهای از انواع غفلت از سوی پزشک بصورت فعل و یا ترک فعل واقع می شود، عبارتند از: (۱) عدم دریافت رضایت نامه از بیمار در مورد کاربرد دارو در مواردی که تایید رسمی نیافته است. (۲) درمان بیماری با داروئی که مناسب آن شرایط نیست. (۳) غفلت در مورد تذکر پیشینه حساسیت به داروی تجویز شده. (۴) غفلت در مورد انجام آزمون



حساسیت بیمار به داروهایی چون پنی سیلین که واکنش‌های فراوانی ایجاد می‌کنند. (۵) روش ناقص تزریق (۶) غفلت در توقف فوری داروئی که سبب بروز واکنش شده است. (۷) غفلت در درمان کافی واکنش‌های حاصل از

کنند. به هر صورت اگر تمامی این نکات رعایت گردد هر گز نمیتوان اطمینان قطعی یافته که عوارض ناخواسته داروئی بروز نخواهد کرد. هیچ پزشکی قادر به پیش‌بینی دقیق واکنش

• پزشکان پیوسته در معرض واقعی برخورد با تجارب عوارض داروئی اند که به تخریب روابط حسنی پزشک و بیمار می‌انجامد و در صورت شدت، غالباً به طرح دعوی و اقدامات قانونی در جهت جبران آسیب منجر خواهد شد.

داروئی در بیمار نخواهد بود حتی اگر آنرا کاملاً شناخته و در خلال دهه‌ها مصرف کرده باشد هر سال عرضه انواع جدیدی از داروها و تغییراتی در داروهای قدیم صورت می‌پذیرد که هر کدام دارای کنش و واکنش‌های خاص خود خواهد بود.

بهر حال پزشکان پیوسته در معرض واقعی برخورد با تجارب عوارض داروئی اند که به تخریب روابط حسنی پزشک و بیمار می‌انجامد و در صورت شدت، غالباً به طرح دعوی و اقدامات قانونی در جهت جبران آسیب منجر خواهد شد حتی، یک آزمون تشخیصی ساده‌می‌تواند به طرح دعوی منجر شود و توضیح این مطلب برای بیمار خشمگین بسیار دشوار است که این واکنش ناشی از تداخل دارو، غذایی مصرفی یا در موارد نادری ایدو سینکرازی، حساسیت شدید و یا بصورت غیر مستقیم ناشی از آلودگی هوا بوده است، آموزه (دکترین) *Caveat emptor* (دکترین)

تجویز دارو.

وضعیت روبه بهبود گذاشته وقوانین در حرکت پیوسته‌ای به جانب مسئولیت شدیدتر و کاربرد تضمین است: در سالها اخیر اگرنه در تمام موارد لکن در موارد زیادی از کاربرد آموزه (دکترین)

• تحصیلات کافی، ارتقابات و قدرت قضاؤت از موارد اساسی در پیشگیری از بروز مسائل قانونی ناشی از تجویز دارو خواهد بود.

res ipsa loquitur (اشیاء خود صحبت می‌کنند) که بصورت زیر تفسیر گردیده است استفاده کرده‌اند.
«اگر عوارض موجود در بیمار بصورت متعارف با مراقبت دقیق پدیدار نگردد واقعیت نشان از قابل کنترل بودشان از سوی پزشک داشته باشد در اینصورت فرض قصور پزشکی متصورست» با کاربرد این قانون پزشک سریعاً در موضع دفاعی قرار خواهد گرفت. مجاب کردن هیأت منصفه در عدم محکومیت وی بسیار دشوار خواهد بود زیرا آنان معلومی دائم را در برای دارند که قاضی علت آنرا قصور پزشک می‌شناسد، سوالاتی که در موضع دفاعی ازو خواهد شد عبارتند از: چرا این پیچیدگی و خطأ پدیدار شده است؟ آیا این امر ناشی از خطأ بوده و یا امکان قطعی بروز آن وجود داشته است؟ آیا شما (و یا کارکنان شما) واجد شرایط برای تجویز این دارو که متحمل اسباب این پیچیدگی است بوده‌اید؟ آیا شما انتظار بروز آنرا داشته‌اید؟ آیا قدم‌هایی در پیشگیری از آن

به رسمیت در کلیه محاکم دادستان غالباً در قالب روابط علت و معلول به شواهد (مدارک) غالب می‌پردازد. بدین معنی در آنرزی داروئی سوالات زیر از پژوهش انجام می‌شود: چه موقع بیمار برای اولین بار با ماده مظنون برخورد داشته است؟ منبع این ماده چه بوده است؟ چه مدت التهاب و یا واکنش ملاحظه و در کدام قسمت از بدن بوده است؟ چگونه و طی چه مدت التهاب و یا واکنش بیشتر شده است؟ شرایط قبلی پوست بیمار چگونه بوده است؟ چه نوع آنرزی‌هایی قبل از این ماده است؟ چه نوع داروها، اغذیه و دیگر فرآورده‌ها، قبل، همزمان و بعد از برخورد با آنرزن مظنون مصرف کرده است؟ آیا آزمون‌های مناسب در تعیین حساسیت بیمار انجام شده است؟ چه چیز‌هایی نشان داده شده است؟ اگر این آزمون‌ها انجام نشده‌اند دلیل آن چه بوده است؟

دادستان همچنین باید به تعیین کامل ارتباط زمانی بین برخورد با ماده مسبب بروز واکنش بپردازد. مدارکی مبنی بر وجود حساسیت مصرف کنندگان قبلی و بروز واکنش‌های آنرزی ناشی ازین فرآورده در اثبات علیت ارائه و روشن شود که ماده مورد نظر اسباب آسیب بوده است.

براساس بررسی‌های محققان کنگره در ۱۹۶۴ تنها ۵ تا ۱۰٪ از تمامی آسیب‌های داروئی به چاپ رسیده و یا گزارش شده‌اند. از زمان اجرای کامل اصلاحیه داروئی ۱۹۶۲

- ۱- او هر گز به تجویز داروهایی که آشایی کامل با آنها ندارد، اقدام نخواهد کرد.
- ۲- او بیمار خود را در ارتباط با شرایط مرتبط به تجویز دارو می‌شناسد.
- ۳- او می‌تواند کاربرد منطقی دارو را علیرغم خطر آن در مقایسه با فرآورده جانشین و دارای دیگر خطرات ارزیابی نماید.
- ۴- او بیمار خود را در طول دوره دارو درمانی از نزدیک مراقبت مینماید.

۵- وی بایگانی کامل و دقیقی از کلیه داروهای تجویز شده‌اش رانگه‌داری مینماید.
هر کس که داروئی را تجویز مینماید فارغ از تخصص وی، به تکرار به موارد غیرمنتظره، غیرقابل پیش‌بینی، نامطلوب و در مواردی نادر به پاسخ خشن داروها برخورد مینماید. موارد نادر واکنش‌های داروئی غالباً قبیل از کاربرد چندین هزار آن شناخته نمی‌شود از سوی دیگر وقتی واکنشی شناخته شد در مواردی بروز آن بسرعت افزوده می‌شود زیرا پزشکان نسبت به آن آگاهی یافته و ازین رو بیشتر ثبت می‌شود.
پاسخ‌های بیمار به داروی واحد از رهگذر خصوصیات فردی، عوامل محیطی، تداخل داروئی، ناسازگاری فیزیکی، شیمیایی، درمانی، زیست دستیابی در هر بیمار از جمله عواملی است که باید در تجویز، مصرف و نظارت کاربرد دارو بکار آید. در واقع مسئله واکنش‌های داروئی همزمان با پیشرفت‌های بیشتر و بیشتر داروهای کارآ و قوی آنچنان پیچیده شده است که خود تخصصی از پزشکی شده است.
پایان

برداشته‌اید؟ چه مدت طول کشید تا از بروز آن اطلاع یافتد؟ آیا در برخورد با آن اقدام عاجل و کامل معمول گردید؟ برای اثبات بی‌گناهی پزشک باید به تأیید این نکات برسد.
۱) بیمار از رهگذر دارو یا پیچیدگی و فقدان مراقبت کامل آسیب ندیده است. ۲) وی و کارکنانش سبب بروز آسیب نبوده‌اند. ۳) وی و کارکنانش مرتكب قصور نشده‌اند.

برای حمایت خود هر پزشک باید به بیماران، موارد هشدارهای لازم، عدم مصرف و دیگر پیش‌آگهی‌های ضروری را براساس اطلاعات خودش ارائه نماید. سازندگان دارو در جهت پوشش خود باید اطلاعات کافی را بویژه از رهگذر حضور نمایندگان علمی‌شان که محاکم آنان را مرجع اساسی اطلاعات پزشکان از سوی تولیدکنندگان می‌شناسند، فراهم آورند. در مواردیکه سازندگان مسئولیت‌شان را به افشا، اطلاعات برای پزشکان به کفايت اینجا نمایند خود بخود مسئولیت به عنوان هدف اصلی به مرحله بعدی منتقل می‌شود.

البته مسائل دیگری نیز وجود دارند از جمله سذبازان، غفلت، سفاهت، هیستری، بیهوشی تمامی از مواردی است که از ارائه اطلاعات از سوی پزشک و دریافت رضایت پیشگیری می‌نماید. تحصیلات کافی، ارتباط و قدرت قضاوت از موارد اساسی در پیشگیری از بروز مسائل قانونی ناشی از تجویز خواهد بود. پزشکی مراقبت‌های منطقی را اعمال می‌کند که نکات زیر را سلوجه کار خود قرار دهد: