



جمهوری اسلامی ایران
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تلفیق دارویی تخصصی بیماران بستری

تابستان ۱۴۰۰

تنظیم و تدوین (به ترتیب حروف الفبا):

با همکاری انجمن متخصصین داروسازی بالینی

دکتر مهدیه آبیاری قمصری عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر پریا بهاروند نماینده گروه استاندارد و تدوین راهنماهای سلامت وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی، متخصص داروسازی بالینی

دکتر منان حاجی محمودی معاون غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر الهام حدیدی مدیر کلینیک مراقبت های دارو درمانی (فارماکو تراپی) داروخانه ۱۳ آبان

دکتر سولماز حسینی نماینده شورای عالی بیمه سلامت، متخصص داروسازی بالینی

دکتر حسین خلیلی مدیر گروه داروسازی بالینی دانشگاه علوم پزشکی تهران، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر مهرناز خیراندیش مدیر کل سابق دفتر نظارت و پایش فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو

دکتر سید سجاد رضوی دبیر شورای عالی بیمه سازمان سلامت ایران، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر منصور رستگار پناه عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر سیدمهدی سجادی مسئول کمیسیون داروسازی بیمارستانی انجمن داروسازان ایران

دکتر جمشید سلام زاده رئیس مرکز خدمات آموزشی وزارت بهداشت، رئیس انجمن متخصصین داروسازی بالینی ایران، عضو هیئت علمی

دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر بیتا شهرامی فلوشیپ فارماکو تراپی مراقبت های ویژه

دکتر شادی ضیائی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر خیراله غلامی دبیر هیات ممحنه و ارزشیابی داروسازی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر منا کارگر مدیر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت معاونت غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر زهرا کریمیان عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی ایران

دکتر نوشین محمدحسینی مدیر کل دفتر نظارت و پایش فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو

دکتر مهدی محمدی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی البرز

دکتر رضا مساعد دبیر شورای تدوین فهرست دارویی ایران، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی آجا

دکتر مهناز منشادی عضو کمیسیون داروسازی بیمارستانی انجمن داروسازان ایران

دکتر سیدبهداد میررحیمی عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی شهیدبهشتی

دکتر فرهاد نجم الدین نماینده انجمن متخصصین داروسازی بالینی، عضو هیئت علمی دانشگاه علوم پزشکی تهران

دکتر افسانه نورمندی پور سرپرست گروه خدمات بستری و سربایی دفتر نظارت و پایش مصرف فرآورده های سلامت سازمان غذا و دارو

تحت نظارت فنی:

سازمان غذا و دارو

گروه تدوین استاندارد و راهنماهای سلامت

دفتر ارزیابی فن آوری، تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

مقدمه:

براساس نتایج حاصل از بررسی بیش از ۲۰ مطالعه، ۵۵٫۹٪ بیماران در زمان پذیرش، انتقال بین بخش ها و ترخیص در ریسک یک یا تعداد بیشتری از مغایرت ها و خطاهای دارویی قرار دارند. این موارد اشتباهات دارویی با استقرار یک فرآیند مناسب در بیمارستان ها و مراکز بهداشتی قابل پیشگیری می باشد. تلفیق دارویی که توسط داروسازان انجام می گیرد با توجه به اشراف آنها به اشکال مختلف دارویی و ارتباط مناسب آنها با تیم درمانی و بیماران و همچنان اعتماد بیماران به این قشر از جامعه پزشکی، در کاهش مغایرت های دارویی نقش به سزایی دارد. براساس گزارشات سازمان بهداشت جهانی، مغایرت های دارویی حداقل عامل یک مرگ در روز می باشند و بطور تقریبی منجر به آسیب به ۱٫۳ میلیون انسان سالیانه در آمریکا می شوند. تخمین زده می شود که میزان مرگ و میر و آسیب های جبران ناپذیر ناشی از مغایرت های دارویی در سایر کشورهای در حال توسعه ۲ برابر آمار در آمریکا باشد. طبق آمار گزارش شده از سازمان بهداشت جهانی، هزینه های ناشی از اشتباهات دارویی در آمریکا به صورت تقریبی سالیانه ۴۲ میلیارد می باشد که تقریباً ۱٪ از کل هزینه های بهداشت جهانی است. با توجه به تحمیل هزینه های زیاد ناشی از مغایرت های دارویی بر سیستم بهداشتی در کنار مرگ و میر انسان ها و از دست دادن نیروی کار به دلایلی که قابل پیشگیری است، در سال ۲۰۱۷ سازمان بهداشت جهانی یک طرح جهانی برای کاهش ۵۰٪ مغایرت های دارویی شدید و قابل پیشگیری در تمام کشورها تا سال ۲۰۲۲ شروع کرد. یکی از برنامه های اصلی این طرح، اجرای تلفیق دارویی توسط داروسازان برای بیماران سرپائی و بستری می باشد. داروسازان نقش اصلی را در حل خطاهای دارویی و استاندارد کردن رژیم درمانی علی الخصوص در بیماران پلی فارماسی بر عهده دارند. مطالعات موجود نشان می دهد که تلفیق دارویی روشی مقرون به صرفه برای استفاده از سیستم های بهداشت جهانی و منابع آنها در کنار کاهش بار مالی بیماران، سازمان های بیمه گر و دولت ها می باشد. تلفیق دارویی موثر در نهایت منجر به کاهش جهانی مراقبت های دارویی از طریق کاهش هزینه های مربوط به بستری شدن مجدد در بیمارستان ها و مراکز مراقبت ها می شود.

بنابراین برای حفظ ایمنی و سلامت بیماران، ارائه این خدمت دارویی در بیمارستان ها الزامی به نظر می آید.

این عمل با هدف:

- کاهش موارد اشتباهات دارویی
- کاهش موارد تداخلات دارویی
- تصحیح ناهماهنگی های دارویی
- کاهش هزینه های دارو- درمانی بیماران
- مصرف بهینه و منطقی داروها
- پذیرش و ترخیص بیماران با لیست کامل و دقیق از داروهای مصرفی، مکمل ها و فرآورده های گیاهی و سنتی
- ارتقاء سطح ایمنی دارویی حین بستری و پس از ترخیص بیمار
- آموزش دارویی به بیماران در خصوص نحوه صحیح مصرف داروها، افزایش پذیرش (adherence) بیماران به ادامه درمان دارویی، کاهش عوارض دارویی
- افزایش کارایی رژیم دارو درمانی بیماریهای غیر واگیر

ارائه می‌گردد.

در حقیقت این خدمت می‌تواند با کاهش اشتباهات و حوادث دارویی، کمک شایانی به بهبود و ارتقاء خدمات سلامت و رضایت تیم پزشکی و بیماران باشد. طبق استانداردهای روز دنیا، بهره‌گیری از توانایی‌ها و دانش داروسازان در اجرای دقیق فرآیند تلفیق دارویی توانسته به عنوان پشتیبان مطمئن برای بیمار و دیگر اعضای کادر درمان قرار گیرد. در حقیقت داروسازان مهارت‌های منحصر به فردی در این زمینه داشته و نسبت به بقیه اعضای کادر درمان، آموزش‌های مرتبط (مانند آشنایی کامل با داروها، اشکال، اسامی تجاری و دوزاژ داروها و مکمل‌ها و حتی فرآورده‌های گیاهی و سنتی) در همین راستا دریافت کرده‌اند که باعث می‌شود نقش رهبری را از آن خود کرده و تأثیر منحصر به فردی بر اثربخشی خدمت تلفیق دارویی داشته باشند. متخصصین داروسازی بالینی با توجه به تجربه تخصصی در دوران تحصیل و ارائه خدمات بالینی در بیمارستان‌های مختلف علاوه بر شناسایی و هشدار مغایرت‌های دارویی، نقش بسیار مهمی در مدیریت و حل این مغایرت‌های دارویی دارند. ارائه تلفیق دارویی تخصصی توسط متخصصین داروسازی بالینی مخصوصاً برای بیمارانی که به بخش‌های ویژه منتقل می‌شوند و یا از بخش‌های ویژه به بخش عادی منتقل می‌شوند، با توجه به تعدد داروهای این بیماران و داروهای پر تداخل و مهمی که دریافت می‌کنند، بسیار اهمیت دارد. انتقال صحیح کاردکس دارویی منجر به کاهش شکست‌های درمانی و کاهش مدت زمان بستری بیمار و در نتیجه کاهش هزینه‌های درمانی برای بیمار و سازمان‌های بیمه‌گر خواهد داشت. طبق مطالعات انجام گرفته، سرمایه‌گذاری به میزان ۳۹ یورو برای متخصص داروسازی بالینی می‌تواند به میزان ۳۴۰ یورو در کاهش هزینه‌های مراقبت‌های پزشکی در بیمارستان‌ها به علاوه هزینه‌های اداری تصحیح لیست خطاهای دارویی در زمان ترخیص، موثر باشد.

تعاریف:

مغایرت‌های دارویی زمان پذیرش: کلیه تغییرات، ناسازگاری‌ها، خطاهای دارویی مانند تغییر دوز، قطع دارو، تغییر دسته دارویی در زمان پذیرش، در فهرست داروهایی که بیمار در منزل استفاده می‌کرده است، را شامل می‌شود.

مغایرت‌های دارویی زمان ترخیص: کلیه تغییرات، ناسازگاری‌ها، خطاهای دارویی مانند تغییر دوز، قطع دارو، تغییر دسته دارویی در زمان ترخیص، بین سوابق دارویی بیمار (اعم از قبل بستری و طی بستری) با فهرست داروهای نسخ ترخیص بیمار را شامل می‌شود.

بهترین تاریخچه دارویی (BPMH)^۱: اخذ کاملترین شرح حال دارویی ممکن از بیمار که شامل کلیه داروهای نسخه‌ای و غیر نسخه‌ای، گیاهی، مکمل‌ها اعم از استنشاقی، موضعی و می‌باشد.

الف) عنوان دقیق خدمت مورد بررسی (فارسی و لاتین) به همراه کد ملی:

تلفیق دارویی تخصصی بیماران بستری

Specialized Inpatient Medication Reconciliation

^۱. Best Possible Medication History

ب) تعریف و تشریح خدمت مورد بررسی :

فرآیند تلفیق دارویی یک فرآیند رسمی است که در طی آن، اعضای کادر درمانی با بیمار همراه می‌شوند تا از انتقال دقیق و کامل اطلاعات دارویی در زمان ورود به محیط درمانی جدید، تغییر در محیط درمانی یا ترخیص اطمینان حاصل شود. در واقع خدمت تلفیق دارویی به بهینه‌سازی ایمنی دارویی بیمار در حین تغییر مراقبت‌های درمانی تأکید دارد، و در جامع‌ترین حالت به صورت " اخذ شرح حال دارویی و تعیین صحیح‌ترین لیست از کلیه داروها، فرآورده‌های گیاهی، سنتی و مکمل‌های مصرفی بیمار(با یا بدون دستور پزشک) و همچنین داروهای تجویز شده در بیمارستان_ شامل نام، قدرت، شکل دارویی، راه مصرف، مقدار و فواصل مصرف_ جهت شناسایی هر گونه تداخل و ناسازگاری دارویی و ارائه یافته‌ها جهت بهینه‌سازی رژیم دارویی " تعریف می‌شود.

شواهد بسیاری نشان داده است که ناهمخوانی‌های دارویی پرخطر که معمولاً در هنگام انتقال خدمات درمانی رخ می‌دهد، در به خطر انداختن ایمنی بیمار تأثیر فراوانی دارد. بسیاری از این اشتباهات دارویی می‌تواند منجر به خسارت‌های جبران ناپذیر جانی و مالی برای بیماران گردد. از مثال‌های ناهماهنگی‌های دارویی پرخطر می‌توان به تجویز تکراری دارو برای یک هدف درمانی (داروی برند به همراه ژنریک)، حذف دارویی (بیمار دارویی را برای بیماری مزمن دیگری در منزل استفاده می‌کرده که به علت عدم اخذ تاریخچه دارویی صحیح در هنگام مراجعه به بیمارستان برای مشکل دیگر، مصرف آن قطع شده است) یا اشتباهاتی (مانند تجویز مجدد دارویی که بیمار قبلاً مصرف می‌کرده و به دلایلی مانند عوارض جانبی پزشک آن را قطع کرده بوده است) می‌توان اشاره نمود. این نوع اشتباهات دارویی که می‌تواند منجر به آسیب جدی به بیمار شود، در همه جای دنیا دیده می‌شود. بیماران مرتباً بین مراکز درمانی متفاوت منتقل می‌شوند و در هر مرکز درمانی کادر درمانی متفاوت، به نوبه خود در تنظیم داروهای مصرفی بیمار مداخله می‌نمایند، که همین امر به پیچیدگی، خطرآفرینی و بروز حوادث مخاطره آمیز می‌افزاید. بنابراین برای اطمینان از امنیت بیمار، اطلاعات مربوط به داروها بایستی بدون هیچ گونه نقص و با دقت کامل بین این مراکز منتقل شود. تلفیق دارویی یک روش فعال برای غلبه بر این مشکلات پرخطر دارویی است.

ج) اقدامات یا پروسیجرهای ضروری جهت درمان بیماری:

• ارزیابی قبل از انجام پروسیجر

۱) بیماران تازه پذیرش شده که ۵ دارو یا بیش‌تر قبل از ورود به بیمارستان مصرف می‌کرده‌اند یا یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل و یا با پنجره درمانی باریک) را مصرف می‌کرده‌اند (پیوست شماره ۳) یا یک دارو از دسته داروهای هشدار بالا را در حال حاضر در بیمارستان دریافت می‌کنند، توسط پرستار یا ماما شناسایی می‌شوند و در سیستم HIS بیمارستان ثبت می‌گردد. روزانه تعداد بیماران مشمول این خدمت برای داروساز بالینی در سیستم قابل مشاهده می‌باشد. ثبت داروهای بیمار در سیستم HIS، مشمول تعیین این مورد برای هر بیمار می‌باشد.

۲) تلفیق پذیرش: حداکثر تا ۲۴ ساعت از بعد از مشخص شدن بیماران در سیستم HIS (اولین ویزیت پزشک ظرف مدت ۲۴ ساعت از زمان پذیرش انجام شده است) داروساز بالینی به بخش‌های مربوطه جهت انجام خدمت مراجعه می‌کند.

۳) در زمان انتقال بین بخش های ویژه با عادی، بیمارانی که حداقل ۳ روز از زمان تلفیق پذیرش گذشته باشد و حداقل یکی از شرایط ذیل را داشته باشند:

- ۵ دارو یا بیش تر در بخش مبدا مصرف می کنند یا
 - یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل و یا با پنجره درمانی باریک) مصرف می کنند یا
 - حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می کنند،
- توسط پرستار یا ماما شناسایی و در سیستم HIS ثبت می گردد. در مدت ۲۴ ساعت از انتقال بیمار به بخش جدید، کاردکس دارویی بخش مبدا با داروهای بخش جدید مورد تلفیق قرار می گیرد و پیشنهادات ثبت می شود.

۴) در زمان ترخیص نیز بیمارانی که تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است یا با تعداد ۵ دارو یا بیشتر یا یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل و یا با پنجره درمانی باریک) ترخیص می شوند باید توسط پرستار یا ماما شناسایی و در سیستم HIS ثبت گردند و ترخیص این دسته از بیماران بعد از انجام تلفیق ترخیص امکان پذیر خواهد بود.

۵) پرونده بیمار در سیستم HIS باید دارای ۲ قسمت برای مشخص شدن انجام خدمت تلفیق در زمان پذیرش و ترخیص باشد. در زمان ترخیص بعد از آماده شدن نسخ ترخیص بیمار توسط پزشکان، بایستی بیماران واجد شرایط در سیستم HIS مشخص شوند و پیام هشدار در سیستم داروساز بالینی داده شود تا ارائه دهنده خدمت برای انجام تلفیق دارویی و ارائه آموزش های دارویی لازم تا پایان ساعت ترخیص بیمارستان به بخش ها مراجعه کنند.

۶) سه فرم تلفیق دارویی (یک فرم برای بعد از پذیرش و یک فرم در صورت انتقال بین بخش های ویژه با عادی و یک عدد فرم برای زمان ترخیص) به پرونده بیماران واجد شرایط الصاق می گردد. (پیوست شماره ۲: راهنمای تکمیل فرم تلفیق دارویی)

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

۱) پس از اولین ویزیت پزشک معالج در بخش تا حداکثر طی ۲۴ ساعت بعد از آن، همچنین در زمان جابه جایی بین بخش های عادی با ویژه و ترخیص بیمار از بیمارستان، داروهای بیمار بررسی شده و فرآیند تلفیق و آموزش دارویی مورد نیاز بیمار انجام می گیرد. این خدمت برای هر بیمار واجد شرایط در هر بار بستری می بایست ارائه شود.

۲) ثبت شرح حال دارویی لازم از بیمار در فرم تلفیق دارویی در زمان پذیرش شامل نام، قدرت، شکل دارویی، راه مصرف، مقدار و فواصل مصرف هر نوع دارویی که بیمار در منزل مصرف می کردند، (با یا بدون دستور پزشک) (حتی اگر این اطلاعات با روش اصلی تجویز شده مغایرت داشته باشد)، اطلاعات در مورد مصرف مکمل ها، فرآورده های گیاهی و سستی اخذ می شود.

۳) ثبت شرح حال دارویی لازم از بیمار در فرم تلفیق دارویی در زمان ترخیص شامل نام، قدرت، شکل دارویی، راه مصرف، مقدار و فواصل مصرف هر نوع دارویی که بیمار در ۲۴ ساعت آخر در بیمارستان مصرف می کردند (طبق کاردکس دارویی) و

- سوابق مصرف هر نوع دارویی که بیمار در منزل مصرف می کردند (با یا بدون دستور پزشک) (حتی اگر این اطلاعات با روش اصلی تجویز شده مغایرت داشته باشد)، اطلاعات در مورد مصرف مکمل‌ها، فرآورده‌های گیاهی و سنتی اخذ می‌شود.
- ۴) ثبت شرح حال دارویی لازم از بیمار در فرم تلفیق دارویی در زمان انتقال بین بخش های عادی و ویژه: شامل نام، قدرت، شکل دارویی، راه مصرف، مقدار و فواصل مصرف هر نوع دارویی که بیمار در ۲۴ ساعت قبل در بخش مبدا در بیمارستان مصرف می کردند (طبق کاردکس دارویی)
- ۵) مقایسه شرح حال دارویی اخذ شده از بیمار با دستورات دارویی پزشک معالج در ۲۴ ساعت از زمان پذیرش در بیمارستان جهت شناسایی و اعلام هشدار در خصوص مغایرت های دارویی و ثبت در ستون داروهای واجد هشدار (تلفیق پذیرش)
- ۶) مقایسه شرح حال دارویی بیمار در ۲۴ ساعت قبل در بخش مبدا با داروهای حال حاضر در بخش جدید (تلفیق انتقال بین بخش عادی و ویژه)
- ۷) مقایسه سوابق دارویی بیمار در منزل و کاردکس دارویی بیمار در بیمارستان در زمان ترخیص با نسخ ترخیص بیمار جهت شناسایی و اعلام هشدار در خصوص مغایرت های دارویی و ثبت در ستون داروهای واجد هشدار (تلفیق ترخیص)
- ۸) شناسایی اندیکاسیون های دارودرمانی داروهای سابق و ارزیابی نیاز به تغییر دوز پس از انتقال (transition) و ثبت پیشنهادات در قسمت مربوطه در فرم
- ۹) ارزیابی تداخلات داروهای سابق با داروهای پس از انتقال و ثبت پیشنهادات در خصوص تغییرات مورد نیاز
- ۱۰) ارزیابی دسترسی به داروها با توجه به فرمولری بیمارستان و ارائه پیشنهاد دارو یا شکل دارویی و جایگزین در خصوص ادامه درمان با اولویت فرمولری بیمارستان و پوشش سازمان بیمه گر و کمترین هزینه و ثبت پیشنهادات
- ۱۱) بررسی امکان جایگزینی داروی برند با داروی ژنریک و ثبت پیشنهادات
- ۱۲) بررسی نیاز به تنظیم دوز داروهای سابق با توجه به اطلاعات جدید کلینیکی و پاراکلینیکی و ثبت پیشنهادات
- ۱۳) توضیحات و موارد واجد هشدار در کنار پیشنهادات موارد مورد نیاز بررسی در برگه تلفیق ثبت می گردد و داروساز بالینی ضمن درج تاریخ و ساعت تکمیل فرم، آن را مهر و امضا می‌کند.
- ۱۴) در زمان ترخیص، بعد از تکمیل فرم تلفیق دارویی، آموزش دارویی به بیمار داده می شود.

• ارزیابی بعد از انجام پروسیجر

- پرستار یا ماما فرم های تلفیق تکمیل شده را به اطلاع پزشک معالج می رساند.
- پزشک معالج پس از رویت فن تلفیق تکمیل شده، آن را ضمن درج تاریخ، مهر و امضا می نماید.
- پزشک معالج در صورت صلاحدید در خصوص موارد پیشنهاد شده در فرم تلفیق، تغییرات لازم را در برگه دستورات پزشک در پرونده بیمار ثبت می نماید.
- در زمان ترخیص در صورت بروز مغایرتهای دارویی یا تداخلات دارویی، هشدار به پزشک معالج داده شود و مغایرت توسط پزشک تعیین تکلیف گردد.

• کنترل عوارض جانبی انجام پروسیجر

ندارد.

د) تواتر ارائه خدمت (تعداد دفعات مورد نیاز / فواصل انجام)

د-۱) تعداد دفعات مورد نیاز

حداقل یک بار پس از اولین ویزیت پزشک معالج در بخش تا حداکثر طی ۲۴ ساعت بعد از آن و یک بار در زمان ترخیص بیمار. در صورت انتقال به بخش های ویژه و یا از بخش های ویژه به بخش عادی مجدد تلفیق می تواند انجام شود.

د-۲) فواصل انجام

حداکثر ۴ بار در هفته

ه) افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز (Order) / خدمت مربوطه و استاندارد تجویز:

ندارد.

*لازم به ذکر است، روزانه تعداد بیماران مشمول این خدمت توسط پرستار یا ماما شناسایی می شوند و در سیستم HIS بیمارستان ثبت می گردد و برای داروساز بالینی در سیستم قابل مشاهده می باشد.

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

متخصصین داروسازی بالینی

ز) عنوان و سطح تخصص های مورد نیاز (استاندارد) برای سایر اعضای تیم ارائه کننده خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	تعداد مورد نیاز به طور استاندارد	میزان تحصیلات مورد نیاز	سابقه کار و یا دوره آموزشی مصوب در صورت لزوم	نقش در فرایند ارائه خدمت
۱	پرستار یا ماما	1	فوق دیپلم به بالا	-	بررسی اولیه تعداد داروهای بیمار جهت الصاق فرم تلفیق دارویی و اطلاع به داروساز بالینی اطلاع هشدارهای ثبت شده در فرم تلفیق به پزشک معالج

ح) استانداردهای فضای فیزیکی و مکان ارائه خدمت: (در صورت نیاز به دو یا چند فضای مجزا با ذکر مبانی

محاسباتی مربوط به جزئیات زیر فضاها بر حسب متر مربع و یا بر حسب بیمار و یا تخت ذکر گردد):

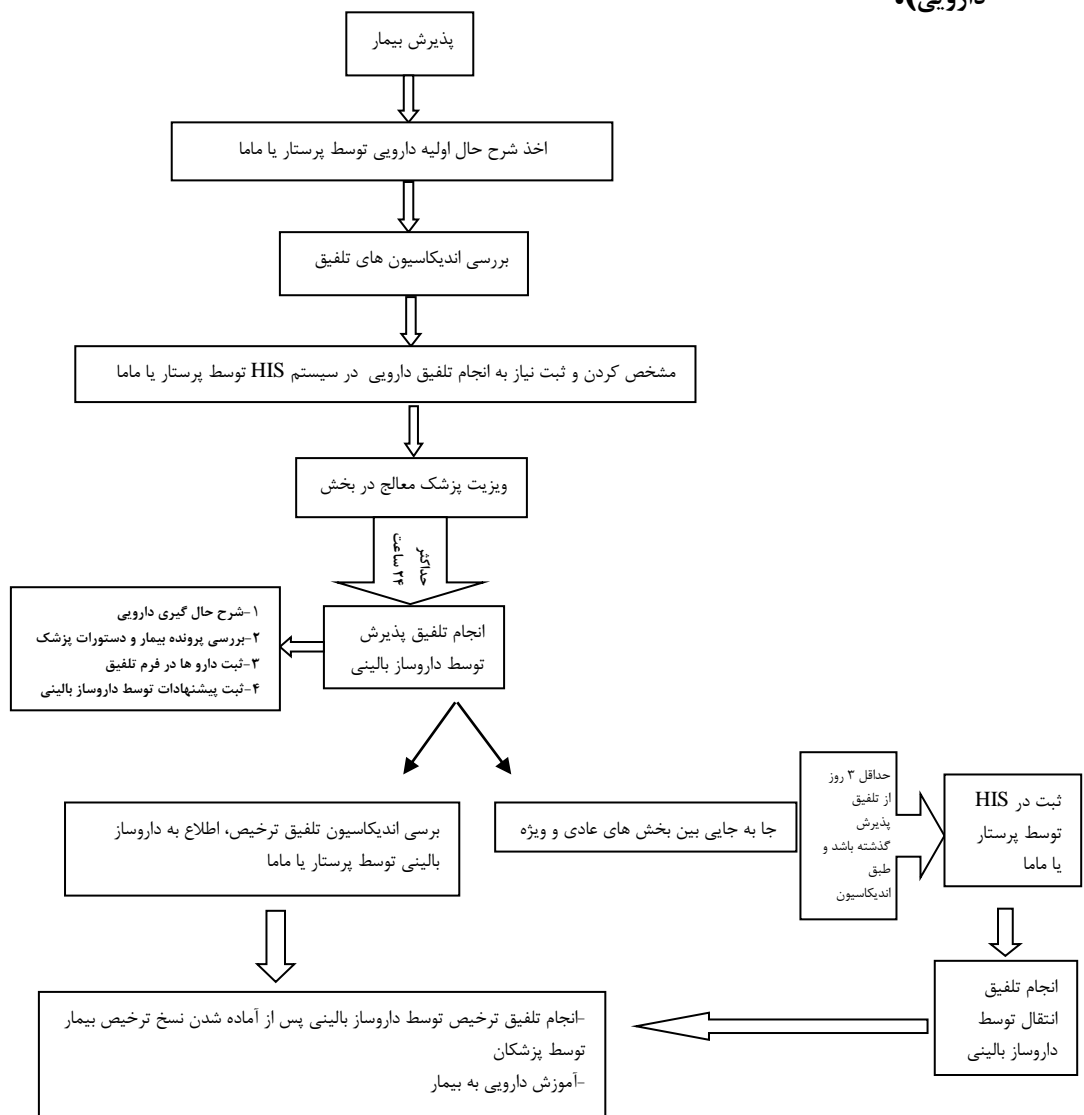
بخش‌های بستری بیمارستان‌ها بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ط) تجهیزات پزشکی سرمایه‌ای به ازای هر خدمت:

ردیف	اقلام مصرفی مورد نیاز	میزان مصرف (تعداد یا نسبت)
۱	فرم تلفیق دارویی	به ازای هر بار انجام تلفیق دارویی یک فرم

ک) استانداردهای ثبت (شامل گزارش نتایج درمانی و ثبت در پرونده بیمار و بررسی‌های حین درمان از جمله سوابق بیمار و تلفیق

دارویی):



(ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت: (ذکر جزئیات مربوط به ضوابط پاراکلینیکی و بالینی مبتنی بر شواهد و نیز

تعداد مواردی که ارائه این خدمت در یک بیمار، اندیکاسیون دارد):

تلفیق پذیرش:

- ✓ بیمارانی که ۵ دارو یا بیشتر در منزل مصرف می کرده اند.
- ✓ بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره درمانی باریک) را در منزل مصرف می کرده اند (پیوست شماره ۳)
- ✓ بیمارانی که در زمان بستری حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می کنند.

تلفیق در جابه جایی بین بخش های عادی با بخش های ویژه :

بیمارانی که حداقل ۳ روز از زمان تلفیق پذیرش گذشته باشد و حداقل یکی از شرایط ذیل را داشته باشند:

- ✓ ۵ دارو یا بیشتر در بخش مبدا مصرف می کنند.
- ✓ بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره درمانی باریک) را مصرف می کنند (پیوست شماره ۳)
- ✓ بیمارانی که در زمان بستری حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می کنند.

تلفیق ترخیص:

- ✓ بیمارانی که با ۵ دارو یا بیشتر از بیمارستان ترخیص می شوند.
- ✓ بیمارانی که تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است.
- ✓ بیمارانی که با یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره درمانی باریک) را از بیمارستان ترخیص می شوند. (پیوست شماره ۳)

(م) شواهد علمی در خصوص کنترل اندیکاسیون های دقیق خدمت:

ندارد.

(ن) مدت زمان ارائه هر واحد خدمت:

ردیف	عنوان تخصص	میزان تحصیلات	مدت زمان مشارکت در فرایند ارائه خدمت	نوع مشارکت در قبل، حین و بعد از ارائه خدمت
۱	داروسازی بالینی	دکترای تخصصی	حداقل ۱۵ تا حداکثر ۴۰ دقیقه برای هر بار تلفیق دارویی برای هر بیمار	صحبت با بیمار یا همراه وی، بررسی پرونده پزشکی، تکمیل فرم تلفیق دارویی و ارائه پیشنهادات

س) مدت اقامت در بخش های مختلف بستری جهت ارائه هر بار خدمت مربوطه:

ندارد.

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار (موارد آموزشی که باید به بیمار-همراه- به صورت شفاهی، کتبی در قالب فرم آموزش به بیمار، پمفلت آموزشی، CD و ... آموزش داده شود تا روند درمان را تسریع نموده و از عوارش ناشی از درمان جلوگیری نماید):

در زمان ترخیص، تلفیق دارویی بایستی همراه با آموزش های دارویی لازم به بیمار باشد و در فرم آموزش به بیمار ثبت گردد. در فرم مخصوص آموزش به بیمار وزارتخانه، داروها و نحوه مصرف توسط داروساز بالینی برای بیمار ثبت می گردد و به بیمار آموزش های دارویی داده می شود و در نهایت انتهای فرم توسط داروساز بالینی مهر و امضا می گردد.

منابع:

1. Leotsakos, A., et al., Standardization in patient safety: the WHO High 5s project. 2014. 26(2): p. 109-116.
2. Wong JD, Bajcar JM, Wong GG, et al. Medication reconciliation at hospital discharge: evaluating discrepancies. *Ann Pharmacother* , 2008;42:1373-9.
3. Fernandes O A., “Medication Reconciliation” ,*Pharmacy practice*, Oct. 2009; 24-55.
4. Cornish PL, Knowles SR, Marchesano R, et al. Unintended medication discrepancies at the time of hospital admission. *Arch Intern Med* 2005;165:424-9.
5. Forster AJ, Clark HD, Menard A, et al. Adverse events among medical patients after discharge from hospital. *CMAJ* 2004;170:345-9.
6. Fernandes OA, MacKinnon NJ. Point counterpoint—the “pro” side—is the prioritization of medication reconciliation as a critical activity the best use of pharmacists’ time? *CJHP* 2008;61:149-50.
7. Cesta A, Bajcar JM, Ong SW, et al. The EMITT study: development and evaluation of an information transfer tool. *Ann Pharmacother* 2006;40:1074-81.
8. High 5s: Action on Patient Safety Medication Reconciliation Getting Started Kit. www.high5s.org/pub/Manual/TrainingMaterials/Medication_Reconciliation_Getting_Started_Kit.pdf (accessed May, 2015).
9. Tam VC, Knowles SR, Cornish PL, et al. Frequency, type and clinical importance of medication history errors at admission to hospital: a systematic review. *CMAJ* 2005;173:510-5.
10. Shalansky SJ, Levy AR, Ignaszewski AP. Self-reported Morisky Score for identifying nonadherence with cardiovascular medications. *Ann Pharmacother* 2004;38:1363-8.
11. Ong SW, Fernandes OA, Cesta A, e al. Drug-related problems on hospital admission: relationship to medication information transfer. *Ann Pharmacother* 2006;40:408-13.
12. Kaboli PJ, Hoth AB, McClimon BJ, et al. Clinical pharmacists and inpatient medical care. *Arch Intern Med* 2006;166:955-64.

13. Bond CA, Raehl CL. Clinical pharmacy services, pharmacy staffing, and hospital mortality rates. *Pharmacotherapy* 2007;27:481-93.
14. Kwan Y, Fernandes OA, Nagge JJ, et al. Pharmacist medication assessments in a surgical preadmission clinic. *Arch Intern Med* 2007;167:1034-40.
15. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pract* 2009;15:299-306.
16. Institute of Medicine. Preventing medication errors. Washington, DC: National Academies Press; 2006.
17. <http://medcare.behdasht.gov.ir/index.aspx?siteid=312&pageid=39064> , Retrieved at May 2015
18. <http://treatment.sbm.ac.ir/?siteid=62&pageid=6170>, Accessed May 2015
19. Kraus, S.K., et al., Impact of a pharmacy technician-centered medication reconciliation program on medication discrepancies and implementation of recommendations. 2017. 15(2).
20. Redmond P, Grimes TC, McDonnell R et al. Impact of medication reconciliation for improving transitions of care. *Cochrane Database Syst Rev*. 2018(8):CD010791. [accessed: 2021 Feb 15]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6513651/>.
21. World Health Organization. WHO launches global effort to halve medication-related errors in 5 years [Internet]. Geneva: World Health Organization; 2017. updated 29 Mar 2017. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.who.int/news/item/29-03-2017-who-launches-global-effort-to-halvemedication-related-errors-in-5-years>.
22. Barnsteiner J. Medication reconciliation. Rockville: Agency for Healthcare Research and Quality [Internet]. 2008. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK2651/>.
23. World Health Organization. Medication errors: Technical series on safer primary care. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2016. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/252274/9789241511643-eng.pdf>.
24. World Health Organization. Medication safety in polypharmacy. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2019. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325454/WHO-UHC-SDS-2019.11-eng.pdf>.
25. Penm J, Vaillancourt R, Pouliot A. Defining and identifying concepts of medication reconciliation: An international pharmacy perspective. *Res Social Adm Pharm*. 2019;15(6):632-40. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30100200/>.

26. Duggan C, Bates I, Hough J et al. Drug discrepancies at hospital discharge: A controlled trial to investigate the effects of policy change. *Pharmacoepidemiol Drug Saf.* 1996;5:S90.
27. Duggan C, Bates I, Hough J et al. An evidence-based approach to improving communications between health care sectors and the management of prescribed drugs. *Pharm J.* 1998;261:R17.
28. Duggan C, Feldman R, Hough J et al. Reducing adverse prescribing discrepancies following hospital discharge. *Int J Pharm Pract.* 1998;6(2):77-82. [accessed: 2021 Feb 15]. Available at: <https://doi.org/10.1111/j.2042-7174.1998.tb00920.x>.
29. Duggan C, Hough J, Bates I. Discrepancies in prescribing - where do they occur? *Pharm J.* 1996;256:65-7. [accessed: 2021 Feb 15]. Available at: <https://www.semanticscholar.org/paper/Discrepancies-inprescribing-Where-do-they-occur-Duggan-Bates/c6bea4bed9766e5bc0868cd17eb139598d7a64bd>
30. Botros S, Dunn J. Implementation and spread of a simple and effective way to improve the accuracy of medicines reconciliation on discharge: A hospital-based quality improvement project and success story. *BMJ Open Qual.* 2019;8(3):e000363. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6683109/>.
31. Quélenec B, Beretz L, Paya D et al. Potential clinical impact of medication discrepancies at hospital admission. *Eur J Intern Med.* 2013;24(6):530-5. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23514919/>.
32. Daliri S, Bouhnouf M, van de Meerendonk H et al. Longitudinal medication reconciliation at hospital admission, discharge and post-discharge. *Res Social Adm Pharm.* 2020;S1551-7411(19):31105-2. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32532579/>.
33. Cheema E, Alhomoud F, Kinsara A et al. The impact of pharmacists-led medicines reconciliation on healthcare outcomes in secondary care: A systematic review and meta-analysis of randomized [Medicines reconciliation: A toolkit for pharmacists](#) p25 controlled trials. *PLoS One.* 2018;13(3):e0193510. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29590146/>.
34. Ghatnekar O, Bondesson A, Persson U et al. Health economic evaluation of the Lund Integrated Medicines Management model (LIMM) in elderly patients admitted to hospital. *BMJ Open.* 2013;3(1):e001563. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23315436/>.
35. Stuijt C, Bekker C, van den Bemt B et al. Effect of medication reconciliation on patient reported potential adverse events after hospital discharge. *Res Social Adm Pharm.* 2020;S1551-7411(20):31143-8. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33191157/>.

36. Guisado-Gil A, Mejías-Trueba M, Alfaro-Lara E et al. Impact of medication reconciliation on health outcomes: An overview of systematic reviews. *Res Social Adm Pharm.* 2020;16(8):995-1002. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31883776/>.
37. Daliri S, Boujarfi S, El Mokaddam A et al. Medication-related interventions delivered both in hospital and following discharge: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Qual Saf.* 2021;30(2):146-56. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32434936/>.
38. Office of Interprofessional Education and Practice. What is medication reconciliation? [Internet]. Kingston: Queen's University; c2009. updated 2009. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://elentra.healthsci.queensu.ca/assets/modules/mr/1.html>.
39. Johnson C, Marcy T, Harrison D et al. Medication reconciliation in a community pharmacy setting. *J Am Pharm Assoc.* 2003;50(4):523-6. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20621871/>.
40. Imfeld-Isenegger T, Pham M, Stämpfli D et al. Medication discrepancies in community pharmacies in switzerland: Identification, classification, and their potential clinical and economic impact. *Pharmacy.* 2020;8(1):36. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32182863/>.
41. Mantzourani E, Nazar H, Phibben C et al. Exploring the association of the discharge medicines review with patient hospital readmissions through national routine data linkage in Wales: a retrospective cohort study. *BMJ Open.* 2020;10(2):e033551. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32041857/>.
42. Hammad E, Bale A, Wright D et al. Pharmacy led medicine reconciliation at hospital: A systematic review of effects and costs. *Res Social Adm Pharm.* 2017;13(2):300-12. [accessed: 2021 Feb 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27298139/>.
43. Karapinar-Çarkit F, Borgsteede S, Zoer J et al. Effect of medication reconciliation on medication costs after hospital discharge in relation to hospital pharmacy labor costs. *Ann Pharmacother.* 2012;46(3):329-38. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22395255/>.
44. Karnon J, Campbell F, Czoski-Murray C. Model-based cost-effectiveness analysis of interventions aimed at preventing medication error at hospital admission (medicines reconciliation). *J Eval Clin Pract.* 2009;2(299-306). [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19335488/>.
45. Onatade R, Quaye S. Economic value of pharmacy-led medicines reconciliation at admission to hospital: an observational, UK-based study. *Eur J Hosp Pharm.* 2018;25(1):26-31.

- [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6452339/>.
46. Cureatr. Medication reconciliation: The key patient safety issue for healthcare providers [Internet]. New York: Cureatr; c2021. updated c2021. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.cureatr.com/medication-reconciliation-the-key-patient-safety-issue-for-healthcareproviders>. p26 Medicines reconciliation: A toolkit for pharmacists
 47. World Health Organization. Assuring medication accuracy at transitions in care: Medication reconciliation. Geneva: World Health Organization [Internet]. 2014. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.who.int/patientsafety/implementation/solutions/high5s/h5s-sop.pdf>.
 48. World Health Organization. Medication safety in transitions of care. World Health Organization [Internet]. 2019. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.who.int/patientsafety/medication-safety/TransitionOfCare.pdf>.
 49. Stratis Health, Key Health Alliance. Medication reconciliation Bloomington: Stratis Health; c2014. updated 2014 Dec 19. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: https://cdn.ymaws.com/www.mnhomecare.org/resource/resmgr/ALHC/handouts/Session_F_Resource_Materials.pdf.
 50. Almanasreh E, Moles R, Chen T. The medication discrepancy taxonomy (MedTax): The development and validation of a classification system for medication discrepancies identified through medication reconciliation. Res Social Adm Pharm. 2020;16(2):142-8. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31015008/>.
 51. Meguerditchian A, Krotneva S, Reidel K et al. Medication reconciliation at admission and discharge: A time and motion study. BMC Health Serv Res. 2013;13:485. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24261516/>.
 52. van den Bemt P, van der Schrieck-de Loos E, van der Linden C et al. Effect of medication reconciliation on unintentional medication discrepancies in acute hospital admissions of elderly adults: a multicenter study. J Am Geriatr Soc. 2013;61(8):1262-8. [accessed: 2021 Feb 4]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23869999/>.
 53. Hodson K, Blenkinsopp A, Cohen D et al. Evaluation of discharge medicines review service. Cardiff: Community Pharmacy Wales [Internet]. 2014. [accessed: 2021 Jan 31]. Available at: [http://www.cpwales.org.uk/Contract-support-and-IT/Advanced_Services/Discharge-MedicinesReview-\(DMR\)/Evaluation-of-the-DMR-Service/Evaluation-of-the-DMR-service.aspx](http://www.cpwales.org.uk/Contract-support-and-IT/Advanced_Services/Discharge-MedicinesReview-(DMR)/Evaluation-of-the-DMR-Service/Evaluation-of-the-DMR-service.aspx).
 54. Moullin J, Sabater-Hernández D, Benrimoj S. Qualitative study on the implementation of professional pharmacy services in Australian community pharmacies using framework analysis. BMC Health Serv Res. 2016;16(1):439. [accessed: 2021 Jan 31]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27562631/>.

55. Agrawal A. Medication errors: Prevention using information technology systems. *Br J Clin Pharmacol.* 2009;67(6):681-6. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2723209/>.
56. Moore P, Armitage G, Wright J et al. Medicines reconciliation using a shared electronic health care record. *J Patient Saf.* 2011;7(3):148-54. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857238/>.
57. Urban R. Medicines reconciliation: Roles and process. An examination of the medicines reconciliation process and the involvement of patients and healthcare professionals across a regional healthcare economy, within the United Kingdom. [Internet]. Bradford: University of Bradford; 2015. Updated 2015 Jun 22. [accessed: 2020 Nov 15]. Available at: <https://bradscholars.brad.ac.uk/handle/10454/7288>.
58. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5681327/>
59. https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3740385/?_escaped_fragment_=po=94.4444
- 60- دکتر حمید رواقی، "مصادیق دومین جشنواره کشوری حاکمیت بالینی و ایمنی بیمار"، وزارت بهداشت درمان و آموزش پزشکی معاونت درمان، دفتر مدیریت بیمارستانی و تعالی بالینی، اداره حاکمیت بالینی
- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.

پیوست شماره ۱: فرم تلفیق دارویی

<input type="checkbox"/> زن <input type="checkbox"/> مرد	جنس:	سن:	شماره پرونده:	نام و نام خانوادگی بیمار:
شماره تخت:		نام بخش:	ساعت پذیرش:	تاریخ پذیرش:
شرایط خاص بیمار: <input type="checkbox"/> نارسایی کلیوی <input type="checkbox"/> نارسایی کبدی <input type="checkbox"/> سابقه مصرف آنتی بیوتیک در ۳ ماه اخیر <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> سابقه پیوند عضو <input type="checkbox"/> سابقه کموتراپی / رادیوتراپی <input type="checkbox"/> سابقه دریافت واکسن در ۱ ماه اخیر <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> #توضیحات:				
شرح حساسیت		حساسیت دارویی یا غذایی		شرح حساسیت

مورد واحد شمار	توضیحات	دستور پزشک معالج				زمان آخرین دوز مصرفی	مقدار و فواصل مصرف	راه مصرف	قدرت دارو	شکل دارو	داروهای مصرفی بیمار
		انامه	تغییر دوز	توقف	عدم دستور						
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											

پیشنهادات متخصص داروسازی بالینی:

منبع اخذ شرح حال دارویی: بیمار <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/> نسخ سابق <input type="checkbox"/> پرونده پزشک <input type="checkbox"/> شماره تماس منبع اخذ شرح حال و توضیحات (در صورت لزوم)		
تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا داروساز:	تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا متخصص داروسازی بالینی:	تاریخ و ساعت رویت فرم: مهر و امضا پزشک معالج:

پیوست شماره ۲:

راهنمای تکمیل فرم تلفیق دارویی

- تمام اجزا و موارد خواسته شده در فرم تلفیق دارویی می بایست به دقت، بطور کامل و واضح تکمیل شود. در صورت پاسخ منفی به یکی از موارد، علامت - در مقابل مورد درخواستی مرقوم گشته و از خالی گذاشتن محل پاسخ خودداری شود. بطور مثال: در صورت سابقه منفی اعتیاد، در مقابل این قسمت علامت - ذکر می شود.
- در صورت عدم اطمینان از پاسخ یک مورد، در مقابل آن علامت ؟ (علامت سوال) قید شده و از حدس و گمانه زنی در خصوص موارد نامشخص خودداری گردد. بطور مثال: بیمار از قدرت قرص مصرفی که چندین قدرت اثر از آن در بازار موجود است، اطلاعی نداشته و هیچ مستندی هم برای آن یافت نمی شود. در این صورت در ستون قدرت دارو، علامت ؟ گذاشته می شود.
- مقصود از "شرایط خاص"، وجود بارداری، شیردهی، مصرف الکل، سیگار، مواد مخدر، سابقه پیوند عضو، سابقه دریافت آنتی بیوتیک در سه ماه اخیر، سابقه شیمی درمانی، و کمبود G6PD است.. بطور مثال: بارداری توضیحات: هفته بیست و سوم بارداری و یا سابقه دریافت آنتی بیوتیک توضیحات: دریافت مترونیدازول+آموکسی سیلین خوراکی دو هفته قبل.
- در جدول "سابقه حساسیت یا عارضه دارویی" شرح واقعی و دقیق اتفاقی که به دنبال مصرف دارو برای بیمار افتاده است شرح داده شود. بطور مثال: بروز تهوع و استفراغ به دنبال مصرف سیپروفلوکساسین، و یا بروز کهیر و خارش به دنبال مصرف پنی سیلین.
- در تکمیل جدول مربوطه، در ستون داروهای مصرفی بیمار، نام هر دارو به انگلیسی و با املا صحیح و واضح قید گردد.
- از بکارگیری نام مخفف برای نگارش داروها اجتناب شود. بطور مثال Nitrocontin بجای N.C و Aspirin بجای ASA قید شود.
- در صورت مصرف برند تجاری از یک دارو توسط بیمار، نام برند مصرفی داخل پرائنز قید گردد. بطور مثال: Clopidogrel (Plavix).
- در ستون "شکل دارو"، دوزیج فرم مربوطه با اختصار استاندارد، قید شده و از بکارگیری اختصارات غیرعلمی خودداری گردد. این اختصارات شامل موارد زیر است:

- tab (برای قرص)
- cap (برای کپسول)
- susp (برای سوسپانسیون)
- sol (برای محلول)
- syr (برای شربت)
- amp (برای آمپول)

- vial (برای ویال تزریقی)
- pen (برای قلم تزریقی)
- inh (برای فرم استنشاقی)
- spray (برای اسپری)
- supp (برای شیاف)
- oint (برای پماد)
- cream (برای کرم)
- drop (برای قطره)

□ در ستون "قدرت دارو"، **strength** مربوطه با ذکر واحد استاندارد قید شده و از بکارگیری اختصارات غیرعلمی خودداری گردد.

این واحدها شامل موارد زیر است:

- mg (برای میلی گرم)
- mcg (برای میکروگرم)
- g (برای گرم)
- unit (برای واحد)

***از نگارش **IU** یا **U** اکیدا خودداری گردد.

□ در ستون "راه مصرف"، نحوه مصرف واقعی دارو توسط بیمار با اختصار استاندارد قید شده و از بکارگیری اختصارات غیرعلمی خودداری گردد.

این اختصارات شامل موارد زیر است:

- PO (برای خوراکی)
- IV (برای تزریق وریدی)
- IM (برای تزریق عضلانی)
- SC (برای تزریق زیرپوستی)
- Inh (برای استنشاقی)
- Top (برای موضعی)
- Rectal (برای مقعدی)
- Vaginal (برای واژینال)

□ در ستون مقدار و فواصل مصرف، اینتروال های دریافتی با اختصار استاندارد قید شده و از بکارگیری اختصارات غیرعلمی خودداری گردد.

این اختصارات شامل موارد زیر است:

- Daily (برای روزانه)
- BD (برای دو بار در روز)
- TDS (برای سه بار در روز)
- QID (برای چهار بار در روز)
- every ... hr (برای ... ساعت یکبار)
- every other day (برای یک روز در میان)
- weekly (برای هفتگی)
- monthly (برای ماهی یکبار)
- PRN (برای در صورت نیاز)

□ در ستون "مقدار و فواصل مصرف" بایستی میزان و نحوه مصرف حقیقی از دارو که بیمار در حال مصرف بوده است، قید گردد.
بطور مثال BD ۲/۱ یا ۴/۳ daily.

□ در صورت دستور مستقیم پزشک مبنی بر قطع دارو (چه بصورت کتبی و چه شفاهی)، ستون "توقف" علامت زده شود. چنان چه این دستور بطور شفاهی به بیمار اعلام شده است، در ستون توضیحات قید گردد: "بطور شفاهی".

□ در صورت نیاز به ذکر توضیحات در ارتباط با هر یک از داروهای مصرفی بیمار، خطای دارویی در مصرف، و یا مغایرت‌های قابل توجه، در ستون "توضیحات" موارد و هشدارهای لازم ذکر گردد.

□ در خصوص هشدار تداخلات دارویی، هشدار تنها در مواردیکه تداخل از نظر بالینی حائز اهمیت باشد (رده D و X تداخلات) و تجویز دارو مغایر با دستورالعمل‌های دارو درمانی انجام شود، ثبت گردد و به صورت تیک در ستون موارد واجد هشدار درج گردد.

□ در خصوص هشدار در رابطه با مغایرت‌های دارویی، هشدار تنها در مواردیکه از لحاظ بالینی حائز اهمیت باشد ثبت گردد و به صورت تیک در ستون موارد واجد هشدار درج گردد.

□ متخصصین داروسازی بالینی ضمن ارایه پیشنهادات خود در مورد هر یک از موارد نیاز به رسیدگی، سایر پیشنهادات را در قسمت مربوطه در فرم تلفیق ثبت می‌کنند.

□ هر یک از منابع بکار گرفته شده در اخذ شرح حال می‌بایست در پایین جدول با علامت × مشخص گردد.

پیوست شماره ۳ : جدول داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی

ردیف	دسته دارویی
۱	کورتیکواستروئیدها
۲	داروهای هورومونی
۳	آنتی کواگولانت ها
۴	آنتی پلاکت ها
۵	ایمونوساپرسیوها
۶	داروهای استنشاقی
۸	مخدرها و داروهای مورد سوء مصرف
۱۰	آنتی آریتمی ها
۱۱	آنتی اپیلتیک ها
۱۲	آنتی TB
۱۳	آنتی بیوتیک های تزریقی
۱۴	انواع انسولین

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

توضیحات	مدت زمان ارائه	تواتر خدمتی		محل ارائه خدمت	شرط تجویز		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	کاربرد خدمت		کد RVU	عنوان استاندارد
		تعداد دفعات مورد نیاز	فاصله انجام		کنترل اندیکاسیون	اندیکاسیون		سرپایی	بستری		
*لازم به ذکر است، روزانه تعداد بیماران مشمول این خدمت توسط پرستار یا ماما شناسایی می‌شوند و در سیستم HIS بیمارستان ثبت می‌گردد و برای داروساز بالینی در سیستم قابل مشاهده می‌باشد.	حداقل ۱۵ تا حداکثر ۴۰ روز یا دقیقه	حداکثر ۴ بار طی یک هفته	حداقل یک بار پس از اولین ویزیت پزشک معالج در بخش حداکثر طی ۲۴ ساعت بعد از آن و یک بار در زمان ترخیص بیمار. در صورت انتقال به بخش‌های ویژه و یا از بخش‌های ویژه به بخش عادی مجدد تلفیق می‌تواند انجام شود.	بخش‌های بستری بیمارستان‌ها بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت	ندارد	تلفیق پذیرش: ✓ بیماری که ۵ دارو یا بیشتر در منزل مصرف می‌کنند. ✓ بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پر تداخل یا با پنجه درمانی باریک) را در منزل مصرف می‌کرده‌اند (پیوست شماره ۳) ✓ بیمارانی که یکی از داروهای هشدار بالا در زمان بستری را دریافت می‌کنند. تلفیق در جابه‌جایی بین بخش‌های عادی با بخش‌های ویژه : بیمارانی که حداقل ۳ روز از زمان تلفیق پذیرش گذشته باشد و حداقل یکی از شرایط ذیل را داشته باشند: ✓ ۵ دارو یا بیشتر در بخش مبدا مصرف می‌کنند ✓ بیمارانی که یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام	متخصصین داروسازی بالینی	بستری		تلفیق دارویی تخصصی بیماران بستری	

<p>همچنین هزینه خدمت تلفیق دارویی به ازای هر بار ارائه خدمت برای بیمار واجد شرایط محاسبه میگردد.</p>						<p>تلفیق دارویی (مانند داروهای پر تداخل یا با پنجه درمانی باریک) را مصرف می کنند (پیوست شماره ۳)</p> <p>✓ بیمارانیکه یکی از داروهای هشدار بالا در زمان بستری را دریافت می کنند.</p> <p>تلفیق ترخیص:</p> <p>✓ بیمارانی که با ۵ دارو یا بیشتر از بیمارستان ترخیص می شوند.</p> <p>✓ بیمارانیکه تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است.</p> <p>✓ بیمارانیکه با یکی از داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل یا با پنجره دمائی باریک) از بیمارستان ترخیص می شوند (پیوست شماره ۳)</p>					
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

• تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.