

به نام خدا

تقاضای ویژه تهیه و اخذ مولکول یا شکل دارویی جدید

جهت ورود به فرمولاری بیمارستان

نام و نام خانوادگی متقاضی : تخصص : گروه درمانی :

نام ژنریک دارو : شکل دارو : قدرت اثر :

دسته فارماکولوژیکی : تایید FDA دارد ؟

مکانیسم عمل :

عوارض جانبی :

موارد منع مصرف و هشدار :

نام تجاری : کارخانه سازنده : کشور تولیدکننده :

برآورد قیمت ریالی : برآورد میزان مصرف ماهیانه :

دلایل و اهمیت علمی و اقتصادی تهیه دارو :

امتیازات داروی پیشنهادی یا شکل دارویی جدید :

امضاء :

تاریخ :

اعلام نظر کارشناسی گروه درمانی

در خصوص داروی

در تاریخ

پیشنهاد آقا / خانم

مطرح و با توجه به بررسی های علمی و کارشناسی ورود آن به فهرست فرمولاری بیمارستان تایید می گردد/ نمی گردد.

مراتب جهت پیگیری و اقدام به کمیته دارو و درمان ارجاع می گردد .

در صورت عدم تایید دلایل ذکر گردد:

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای گروه درمانی

3

2

1

اعلام نظر کمیته دارو و درمان

در تاریخ

در خصوص ورود داروی

پیشنهاد گروه درمانی

در کمیته دارو و درمان مطرح و ورود این دارو به فهرست فرمولاری بیمارستان مورد تایید قرار گرفت/نگرفت.

مراتب جهت پیگیری به داروخانه ارجاع می گردد.

در صورت عدم تایید دلایل ذکر شود :

نام و نام خانوادگی و امضاء اعضای کمیته دارو و درمان :