

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.....

پیشنهاد آقا/خانم

در تاریخ

در خصوص داروی

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

۱

۲

۳

اعلام نظر کمیته دارو و درمان

پیشنهاد گروه درمانی

در خصوص ورود داروی

در تاریخ

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: