فرم عوارض دارویی, درمان ضد رترویروسی

لطفا این فرم را در صورت بروز هرگونه عارضه دارویی ناشی از داروهای ضد رتروویروسی تکمیل نمائید

مرکز مشاوره ........................................ دانشگاه علوم پزشکی ....................... تاریخ ...../......./......13

کد بیمار: ........................................ مؤنث مذکر سال تولد ......13 وزن .......... قد ....................

تاریخ و تعداد آخرین سلولهای CD4: .........................................................................

تاریخ و تعداد آخرین بار ویروسی: ..............................................................................

تاریخ وآخرین مرحله بالینی ثبت شده .........................................................................

در مورد زنان, آیا در زمان بروز عارضه دارویی باردار بوده است؟ بلی خیر در صورت بلی: ذکر هفته بارداری............

**سابقه اختلالات و بیماری های همراه (در حال حاضر):**

مصرف مخدرهای افیونی مصرف مواد محرک (شیشه) مصرف الکل هپاتیت سی هپاتیت بی

مصرف متادون سل

بیماری های دیگر با ذکر نام: .....................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................

سابقه حساسیت دارویی قبلی با ذکر نام دارو: ..............................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................

**رژیم دارویی فعلی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| نام دارو | دوز روزانه | تاریخ شروع | تاریخ قطع | شرکت سازنده/تاریخ انقضاء |
| 1. |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |
| 4. |  |  |  |  |
| 5. |  |  |  |  |

**علت تجویز داروی ARV :** درمان بیمار پیشگیری بعد از تماس پیشگیری قبل از تماس

***داروهای همراه:***

کوتریموکسازول دوز تجویز شده ........... تاریخ شروع ......../........../.....13

سایر با ذکر نام ........................... دوز تجویز شده ........... تاریخ شروع ......../........../.....13

شرکت های تولید کننده هر دارو و تاریخ انقضا, : ...............................................................................................................................................................................................

**جزئیات عارضه دارویی:**

تاریخ بروز عارضه ......../........../.....13

نوع عارضه:

زخمهای دهانی دلدرد تهوع استفراغ خارش دانه های پوستی اسهال

سردرد گیجی بیخوابی کابوس شبانه زردی سایر با ذکر نام .................................

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

**توصیف علائم ایجاد شده با جزئیات:** ...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

**یافته های آزمایشگاهی (در صورت انجام):**

WBC …………. Hb ……….. Hct ………. SGOT …….…. SGPT……….. ALP………..

Bil …………….. Indirect Bil …………… Platelet…………… BUN ………. Cr …………

Cholestrol ……………. TG …………… FBS……………

Others ………………………………………………………………………………………………………………………………

**اقدامات درمانی انجام شده:** ...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

..................................................................................................................................................................................................

**نتیجه اقدامات:**

تغییر دارو بهبودی بدون تغییر دارو نیاز به بستری مرگ سایر توضیح دهید

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

...................................................................................................................................................................................................

در صورت تغییر دارو, رژیم دارویی جدید را ذکر نمائید:

................................................................................................................................................................................................

نام و نام خانوادگی گزارشگر

امضاء

راهنمای تکمیل فرم

**پزشکان محترم مرکز مشاوره بیماریهای رفتاری**

ضمن تشکر و قدردانی از زحمات شما عزیزان, بدینوسیله اعلام می شود که این پرسشنامه به جهت ارزیابی عوارض دارویی و در راستای ارتقاء خدمات مراقبت و درمان HIV طراحی شده است.

همانگونه که مستحضرید ارائه درمان مناسب و رسیدن به نتایج مطلوب درمانی در گرو مراقبت و پیگیری منظم بیماران, خصوصا پس از شروع درمان های دارویی می باشد. یکی از مهمترین چالش های درمان مبتلایان به HIV/AIDS , خصوصا در هفته ها و ماههای اولیه شروع درمان, بروز عوارض دارویی است که بعضا مشکلات و پیچیدگی هایی را در روند درمانی بیماران ایجاد کرده و حتی منجر به قطع درمان توسط بیمار یا پزشک می شود. پر واضح است که در کنار شروع درمان متناسب و پایبندی به درمان توسط بیماران, آگاهی از موارد بروز عوارض دارویی و برخورد متناسب با آن, جزء مهمی از خدمات درمانی و نظارت بر درمان خواهد بود. از سویی دیگر, آگاهی از وضعیت عوارض دارویی در سراسر کشور, نقش بسیار مهمی را در انتخابهای درمانی و رژیم های توصیه شده در بازبینی های آتی دستورالعمل های مراقبت و درمان کشور خواهد داشت.

لذا از همه عزیزان تقاضا می شود که ضمن نظارت مستقیم و فعال بر روند درمان بیماران, در صورت بروز هرگونه عارضه دارویی, فرم پیوست را تکمیل نموده و سریعا به مرکز مدیریت بیماریها, اداره ایدز, سرکار خانم رجب پور , به آدرس zrajabpoor@yahoo.com ایمیل فرمائید. در زمان تکمیل فرم, حتما باید به نوع داروها, دوز تجویز شده , تاریخ انقضا هر دارو و شرکت دارویی تولید کننده آن اشاره فرمائید. توصیف دقیق علائم ایجاد شده, اقدامات درمانی انجام شده و نتایج آن, در ارزیابی عوارض دارویی بسیار مهم می باشد.

توجه:

**این فرم فقط باید توسط پزشک مرکز مشاوره و یا فوکال پوینت عفونی مرکز مشاوره تکمیل شود**

با تشکر فراوان