

فرم عوارض دارویی, درمان ضد رتروویروسی

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 <input type="checkbox"/> مذکر <input type="checkbox"/> | سال تولد 13..... وزن قد |
| تاریخ و تعداد آخرین سلولهای CD4: | | |
| تاریخ و تعداد آخرین بار ویروسی: | | |
| تاریخ و آخرین مرحله بالینی ثبت شده | | |
| در مورد زنان, آیا در زمان بروز عارضه دارویی باردار بوده است؟ بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/> در صورت بلی: ذکر هفته بارداری..... | | |

| |
|--|
| سابقه اختلالات و بیماری های همراه (در حال حاضر): |
| مصرف مخدرهای افیونی <input type="checkbox"/> مصرف مواد محرک (شیشه) <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> هپاتیت سی <input type="checkbox"/> هپاتیت بی <input type="checkbox"/> مصرف متادون <input type="checkbox"/> سل <input type="checkbox"/> |
| 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 دل درد 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 نمایید:

.....

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 فو کال پوینت عفونی مرکز مشاوره تکمیل شود

با تشکر فراوان