



معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

شناسنامه و استاندارد خدمت

تلفیق دارویی بیماران بستری

پاییز 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، 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 ممکنه 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 سرپایی 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:

واکنش‌های ناخواسته، خطاها و ناهمخوانی‌های دارویی از مهم‌ترین چالش‌های بیماران و کادر درمان می‌باشد. بیماران در زمان انتقال از یک محیط درمانی به محیط دیگر و در زمان پذیرش یا ترخیص از بیمارستان، بیش‌تر از هر زمان دیگری در معرض این اشتباهات دارویی قرار می‌گیرند. تلفیق دارویی خدمتی است که به منظور اطمینان از انتقال دقیق و مداوم اطلاعات مربوط به داروهای مصرفی بیمار، در زمان پذیرش، انتقال و ترخیص از بیمارستان‌ها ارائه می‌گردد.

طبق آماری که در سال ۲۰۱۴ طبق SOP^۱ خدمت تلفیق دارویی توسط WHO^۲ منتشر شد، ۶۷٪ اشتباهات تجویز دارو در بیمارستان‌ها، به دلیل ثبت ناصحیح و یا اخذ غیرکامل سابقه دارویی بیماران در هنگام پذیرش می‌باشد. مطالعه دیگری در کانادا نشان داده است که ۴۰-۵۰٪ بیماران در وضعیت حاد، هنگام مراجعه به بیمارستان، دچار اشتباهات دارویی ناخواسته می‌شوند و همچنین برای حداقل ۴۰٪ بیماران، در زمان ترخیص ناهمخوانی‌های دارویی پرخطر رخ می‌دهد. در یک مقاله مروری، کابولی و همکارانش به این نتیجه رسیدند که "تلفیق دارویی" یکی از ۵ گونه دخالت بالینی داروسازان است که می‌تواند عملاً به بهبود وضعیت بیماران بستری و کاهش معنادار مرگ و میر بینجامد. در سال ۲۰۰۹ کارنون و همکارانش یک آنالیز هزینه اثربخشی بر روی مداخلات انجام شده در جهت کاهش اشتباهات دارویی در هنگام بستری در بیمارستان انجام دادند. هدف از این بررسی ارزیابی هزینه اثربخشی (براساس تعداد سال زندگی تنظیم شده بر اساس کیفیت) خدمت تلفیق دارویی بود. این مطالعه نشان داد خدمت تلفیق دارویی ارائه شده توسط داروسازان بیشترین سود خالص را به همراه خواهد داشت. شواهد جدید در رابطه با تأثیر مثبت ارائه خدمت تلفیق دارویی و استفاده از داروسازان به این منظور هرروز بیشتر بدست می‌آید.

بنابراین برای حفظ ایمنی و سلامت بیماران، ارائه این خدمت دارویی در بیمارستان‌ها الزامی به نظر می‌آید.

این عمل با هدف:

- کاهش موارد اشتباهات دارویی
- کاهش موارد تداخلات دارویی
- تصحیح ناهماهنگی‌های دارویی
- کاهش هزینه‌های دارو- درمانی بیماران
- مصرف بهینه و منطقی داروها
- پذیرش و ترخیص بیماران با لیست کامل و دقیق از داروهای مصرفی، مکمل‌ها و فرآورده‌های 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 adherence بیماران به ادامه درمان دارویی، کاهش عوارض دارویی
- افزایش کارایی رژیم دارو درمانی بیمارهای غیر واگیر

^۱. Standard Operating Procedure

^۲. World Health Organization

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.

تعاریف:

مغایرت های 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.

مغایرت های 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 از بستری و در طی بستری) با فهرست داروهای نسخ ترخیص بیمار را شامل می‌شود.

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

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

تلفیق دارویی برای بیماران بستری بر اساس استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

کد ملی: ۹۰۲۰۲۶

Inpatient Medication Reconciliation

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.

³ . Best Possible Medication History

شواهد بسیاری نشان داده است که ناهمخوانی های دارویی پر خطر که معمولاً در هنگام انتقال خدمات درمانی رخ می دهد، در به خطر انداختن ایمنی بیمار تأثیر فراوانی دارد. بسیاری از این اشتباهات دارویی می تواند منجر به خسارت های جبران ناپذیر جانی و مالی برای بیماران گردد. از مثال های ناهماهنگی های دارویی پرخطر می توان 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 می کرده 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 می کرده و به دلائلی مانند عوارض جانبی پزشک آن را قطع کرده بوده است) می توان اشاره نمود. این نوع اشتباهات دارویی که می تواند منجر به آسیب جدی به بیمار شود، در همه جای دنیا دیده می شود. بیماران مرتباً بین مراکز درمانی متفاوت منتقل می شوند و در هر مرکز درمانی کادر درمانی متفاوت، به نوبه خود در تنظیم داروهای مصرفی بیمار مداخله می نمایند، که همین امر به پیچیدگی، خطر آفرینی و بروز حوادث مخاطره آمیز می افزاید. 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 بیش تر قبل از ورود به بیمارستان مصرف می کرده اند یا یک دارو یا بیشتر از دسته داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی (مانند داروهای پرتداخل و یا با پنجره درمانی باریک) را مصرف می کرده اند (پیوست شماره ۳) یا یک دارو از دسته داروهای هشدار بالا را در حال حاضر در بیمارستان دریافت می کنند، توسط پرستار یا ماما شناسایی می شوند و به دکتر داروساز اطلاع داده می شود یا در سیستم HIS بیمارستان ثبت می گردد. روزانه تعداد بیماران مشمول این خدمت برای داروساز واجد شرایط در سیستم قابل مشاهده می باشد. ثبت داروهای بیمار در سیستم HIS، مشمول تعیین این مورد برای هر بیمار می باشد. در زمان ترخیص نیز بیمارانی که تلفیق پذیرش برای آنها انجام شده است یا با تعداد ۵ دارو یا بیشتر یا یکی از داروهای مورد نیاز انجام تلفیق دارویی (پیوست شماره ۳) ترخیص می شوند، باید توسط پرستار شناسایی و به دکتر داروساز اطلاع داده شود یا در سیستم HIS ثبت گردند و ترخیص این دسته از بیماران بعد از انجام تلفیق ترخیص امکان پذیر خواهد بود. پرونده بیمار در سیستم HIS باید دارای حداقل ۲ محل برای علامت زدن انجام خدمت تلفیق در زمان پذیرش و ترخیص باشد. (به جهت لحاظ شدن در اعتباربخشی بیمارستان)
- (۲) سه فرم تلفیق دارویی (یک فرم برای بعد از پذیرش و یک فرم برای انتقال بین بخش ویژه و عادی و یک فرم دیگر برای زمان ترخیص) به پرونده بیماران واجد شرایط الصاق می گردد. (پیوست شماره ۲: راهنمای تکمیل فرم تلفیق دارویی)
- (۳) تلفیق پذیرش: حداکثر تا ۲۴ ساعت از بعد از مشخص شدن بیماران نیازمند انجام تلفیق، داروساز به بخش های مربوطه جهت انجام خدمت مراجعه می کند.

- 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) 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
 - حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می کنند،
- توسط پرستار یا ماما شناسایی و به دکتر داروساز اطلاع داده می شود یا 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 دارویی قرار می گیرد.
- ۶) تلفیق ترخیص: در زمان ترخیص بعد از آماده شدن نسخ ترخیص بیمار توسط پزشکان بایستی بیماران واجد شرایط به اطلاع دکتر داروساز رسانده شود یا در سیستم HIS مشخص شوند و پیام هشدار در سیستم داروساز 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.

• ارزیابی حین انجام پروسیجر

- ۱) ۲۴ ساعت بعد از اطلاع به دکتر داروساز یا ثبت در سیستم HIS، همچنین در زمان 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 سنتی 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 مکمل ها، فرآورده های گیاهی و سنتی اخذ می شود.
- ۴) 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)
- ۵) مقایسه شرح حال دارویی بیمار در ۲۴ ساعت قبل در بخش مبدا با داروهای حال حاضر در بخش جدید (توصیه می گردد تلفیق انتقال بین بخش عادی و ویژه توسط متخصص داروسازی بالینی صورت پذیرد)

- ۶) 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)
- ۷) بررسی تداخلات دارویی و شناسایی تداخلات احتمالی و مغایرت ها و اعلام هشدار و ثبت در ستون داروهای واجد هشدار (مطابق پیوست شماره ۲)
- ۸) توضیحات و موارد واجد هشدار در برگه تلفیق ثبت می گردد و داروساز ضمن درج تاریخ و ساعت تکمیل فرم، آن را مهر و امضا می کند.
- ۹) 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 فرم 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

یک بار، ۲۴ ساعت پس از اطلاع به دکتر داروساز یا ثبت در HIS، یک بار در زمان انتقال بیمار به بخش های ویژه با عادی و یک بار در زمان ترخیص بیمار.

د-۲) فواصل انجام

حداکثر ۴ بار در طی بستری برای هر بیمار واجد شرایط.

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 توسط سرپرستار بخش به دکتر داروساز اطلاع داده می شود یا در سیستم HIS بیمارستان ثبت می گردد.

و) افراد صاحب صلاحیت جهت ارائه خدمت مربوطه:

اولویت ارائه دهندگان این خدمت به شرح زیر می باشد:

۱. متخصصین داروسازی بالینی (تلفیق پذیرش، انتقال بخش و ترخیص)
 ۲. دکترای داروسازی عمومی/سایر تخصص های داروسازی دارای مدرک دکترای داروسازی عمومی که دوره داروسازی بیمارستانی مصوب مرکز ملی آموزش های مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی مورد تأیید سازمان غذا و دارو را گذرانده اند (پیگیری بازآموزی های ۵ ساله) (تلفیق پذیرش و ترخیص)
 ۳. دکترای داروسازی عمومی/سایر تخصص های داروسازی دارای مدرک دکترای داروسازی عمومی که دوره تلفیق دارویی مورد تأیید سازمان غذا و دارو را گذرانده اند (پیگیری بازآموزی های ۵ ساله) (داروساز متخصص سم شناسی نیازی به گذراندن دوره آموزشی تلفیق دارویی ندارند) (تلفیق پذیرش و ترخیص)
- تبصره: طبق ابلاغ شرح وظایف مسئول فنی داروخانه توسط سازمان غذا و دارو، مسئولین فنی داروخانه در ساعاتی که مسئولیت فنی داروخانه را برعهده دارند نمی توانند به ارائه خدمت تلفیق دارویی در بخش های بیمارستان بپردازند.

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

ردیف	عنوان تخصص	تعداد موردنیاز به طور استاندارد به ازای ارائه هر خدمت	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 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

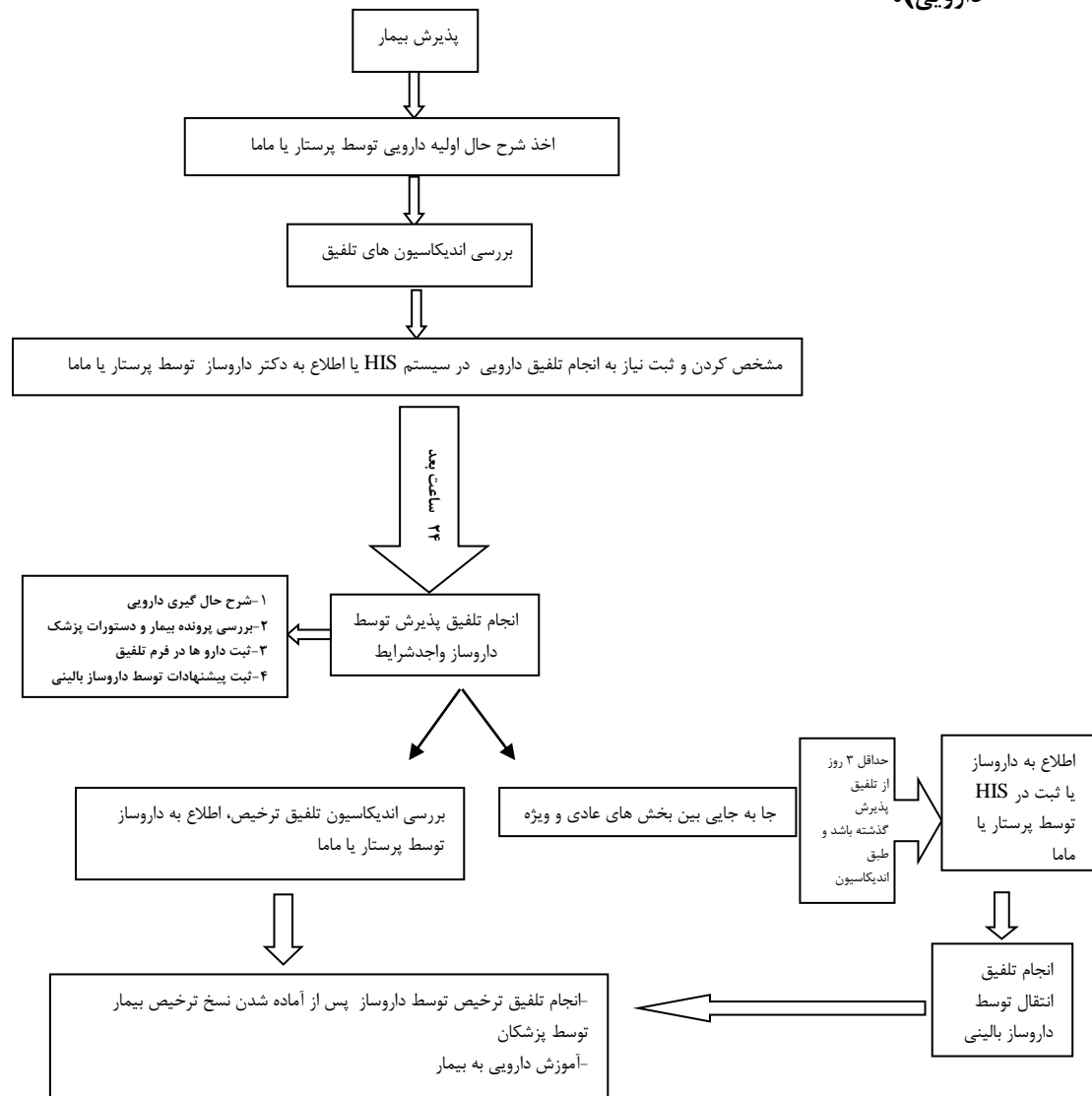
محاسباتی مربوط به جزئیات زیر فضاها بر حسب متر مربع و یا بر حسب بیمار و یا تخت ذکر گردد):

بخش های بستری بیمارستان ها بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت

ط) اقلام مصرفی 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 بررسی های حین درمان از جمله سوابق بیمار و تلفیق دارویی):



ل) اندیکاسیون های دقیق جهت تجویز خدمت:

- تلفیق پذیرش:

- ✓ بیمارانی که ۵ دارو یا بیش تر در منزل 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 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 توسط متخصص داروسازی بالینی :

- 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.
- ✓ 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) از بیمارستان ترخیص می شوند. (پیوست شماره ۳)

م) شواهد علمی در خصوص کنترا 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	متخصص داروسازی بالینی	دکترای تخصصی با پایه دکترای عمومی داروسازی	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
۲	داروسازی و سایر تخصص های داروسازی	با پایه دکترای عمومی داروسازی و 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

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

ندارد

ع) موارد ضروری جهت آموزش به بیمار:

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 برای بیمار ثبت می گردد و به بیمار آموزش های دارویی داده می شود و در نهایت انتهای فرم توسط داروساز 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- دکترحمید 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

فرم تلفیق دارویی

<input type="checkbox"/> مرد	<input type="checkbox"/> زن	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"/> سوء مصرف مواد <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"/> شیردهی <input type="checkbox"/> کمبود G6PD <input type="checkbox"/> توضیحات:					
حساسیت دارویی با غذایی		شرح حساسیت		حساسیت دارویی با غذایی	
شرح حساسیت		حساسیت دارویی با غذایی		شرح حساسیت	

شکل دارو	داروهای مصرفی بیمار <input type="checkbox"/> پذیرش <input type="checkbox"/> انتقال <input type="checkbox"/> ترخیص	قدرت دارو	راه مصرف	مقدار و فواصل مصرف	زمان آخرین دوز مصرفی	دستور پزشک معالج				توضیحات	بورد واحد هشدار
						ادامه	تغییر دوز	توقف	عدم دستور		
۱											
۲											
۳											
۴											
۵											
۶											
۷											
۸											
۹											
۱۰											
۱۱											
۱۲											

یافته ها:

منبع اخذ شرح حال دارویی: بیمار همراه بیمار نسخ سابق پرونده پزشکی شماره تماس منبع اخذ شرح حال و توضیحات (در صورت لزوم)

تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا پزشک معالج:	تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا متخصص داروسازی بالینی:	تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضا داروساز:
--	---	---

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 شده 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 املای 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 پرانتز 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 درمیان)
- weekly (برای هفتگی)
- monthly (برای ماهی یکبار)
- PRN (برای در صورت نیاز)

- در ستون "مقدار و فواصل مصرف" بایستی میزان حقیقی از دارو که بیمار در حال مصرف بوده است، قید گردد. بطور مثال 1/2BD یا 3/4 daily.
- در صورت دستور مستقیم پزشک مبنی بر قطع دارو (چه بصورت کتبی و چه شفاهی)، ستون "توقف" علامت زده شود. چنانچه 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.
- هر یک از منابع بکار گرفته شده در اخذ شرح حال می بایست در پایین جدول با علامت × مشخص گردد.
- از ذکر هر گونه قضاوت بالینی و یا توصیه دارودرمانی در قالب فرم تلفیق دارویی اکیدا خودداری گردد.

پیوست شماره ۳ : جدول داروهای نیازمند انجام تلفیق دارویی

ردیف	دسته دارویی
۱	کور تیکواستروئیدها
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	داروهای ضد تشنج
۱۲	داروهای ضدسل
۱۳	آنتی بیوتیک های تزریقی
۱۴	انواع انسولین

بسمه تعالی

فرم تدوین راهنمای تجویز

عنوان استاندارد	کد RVU	کاربرد خدمت		ارائه کنندگان اصلی صاحب صلاحیت	شرط تجویز		محل ارائه خدمت	تواتر خدمتی		مدت زمان ارائه	توضیحات
		سرپایی	بستری		کنترا اندیکاسیون	اندیکاسیون		فواصل انجام	تعداد دفعات مورد نیاز		
تلفیق دارویی بیماران بستری	۹۰۲۰۲۶		بستری	اولویت ارائه دهندگان این خدمت به شرح زیر می باشد: ۱. متخصصین داروسازی بالینی (تلفیق پذیرش، انتقال بخش و ترخیص) ۱.۲. دکترای داروسازی عمومی/سایر تخصص های داروسازی دارای مدرک دکترای داروسازی عمومی که دوره داروسازی بیمارستانی مصوب مرکز ملی آموزش های مهارتی و حرفه ای علوم پزشکی مورد تأیید سازمان غذا و دارو را گذرانده اند (پیگیری بازآموزی های ۵ ساله) (تلفیق پذیرش و ترخیص) ۲.۳. دکترای داروسازی	تلفیق پذیرش: بیمارانی که ۵ دارو یا بیش تر در منزل 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 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 توسط متخصص داروسازی بالینی: 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	بخش های بستری بیمارستان ها بر حسب استانداردهای ابلاغی وزارت بهداشت	حداکثر ۴ بار طی بستری	۲۴ ساعت بعد از اطلاع به دکتر داروساز یا ثبت در سیستم HIS، یک بار در زمان انتقال بیم بخش های ویژه با عادی و یک بار در زمان ترخیص بیمار.	حداقل ۱۵ تا حداکثر ۴۰ دقیقه برای هر بار تلفیق دارویی برای هر بیمار	*لازم به ذکر است، روزانه تعداد بیماران مشمول این خدمت توسط پرستار یا ماما شناسایی می شوند و به دکتر داروساز اطلاع داده می شود یا در سیستم HIS بیمارستان ثبت می گردد. همچنین هزینه خدمت تلفیق	

<p>دارویی به ازای هر بار ارائه خدمت برای بیمار واجد شرایط محاسبه میگردد.</p>														<p>عمومی/سایر تخصص‌های داروسازی دارای مدرک دکترای داروسازی عمومی که دوره تلفیق دارویی مورد تأیید سازمان غذا و دارو را گذرانده‌اند (پیگیری بازآموزی‌های ۵ ساله) (داروساز متخصص سم شناسی نیازی به گذراندن دوره آموزشی تلفیق دارویی ندارند) (تلفیق پذیرش و ترخیص)</p>	<p>می‌کنند. بیمارانی که در زمان بستری حداقل یکی از داروهای هشدار بالا را دریافت می‌کنند. تلفیق ترخیص: بیمارانی که با ۵ دارو یا بیشتر از بیمارستان ترخیص می‌شوند. 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) از بیمارستان ترخیص می‌شوند. (پیوست شماره ۳)</p>							
--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--

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