



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
معاونت غذا و دارو
واحد تحقیق و توسعه

تلفیق دارویی، شرح حال گیری و روش اجرا

افشین قره خانی
متخصص داروسازی بالینی
دانشگاه علوم پزشکی تبریز



مقدمه:

• روش اجرای تلفیق دارویی ممکن است بر اساس عوامل مرتبط با امکانات و نیروی انسانی متفاوت اجرا شود.

• اما کلیات اجرا باید به صورت یکسان اجرا گردد:

• اطلاعات به روز از داروهای دریافتی بیمار

• اطلاعات ساختارمند و قابل دسترسی برای کلیه افراد

• تلفیق در پذیرش زیر بنای سایر مراحل تلفیق

• ادغام در مراحل خدمات درمانی

• شراکت در مسئولیت بیمار

• مداخله دادن بیمار/همراه در شرح حال دارویی

• استفاده از افراد دوره دیده در انجام ادغام



زمان و مکان اجرا

- باید دقت گردد که روند اجرای تلفیق موجب اختلال در مراحل درمان نگردد:





مراحل انجام تلفیق دارویی:

• گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن (BPMH)

• تهیه لیستی از کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر مصرف می کند از طریق شرح حال گیری از بیمار/همراه

قدم اول

• بررسی صحت شرح حال اخذ شده از طریق مقایسه با منبع ثانویه

• بررسی مستندات همراه بیمار و یا سایر افراد مرتبط

قدم دوم

• تلفیق بهترین شرح حال دارویی ممکن با داروهای فعلی بیمار

• مقایسه داروهای تجویزی با سابقه دارویی بیمار

• مشخص کردن موارد عدم تطبیق جهت مشاهده پزشک معالج

قدم سوم

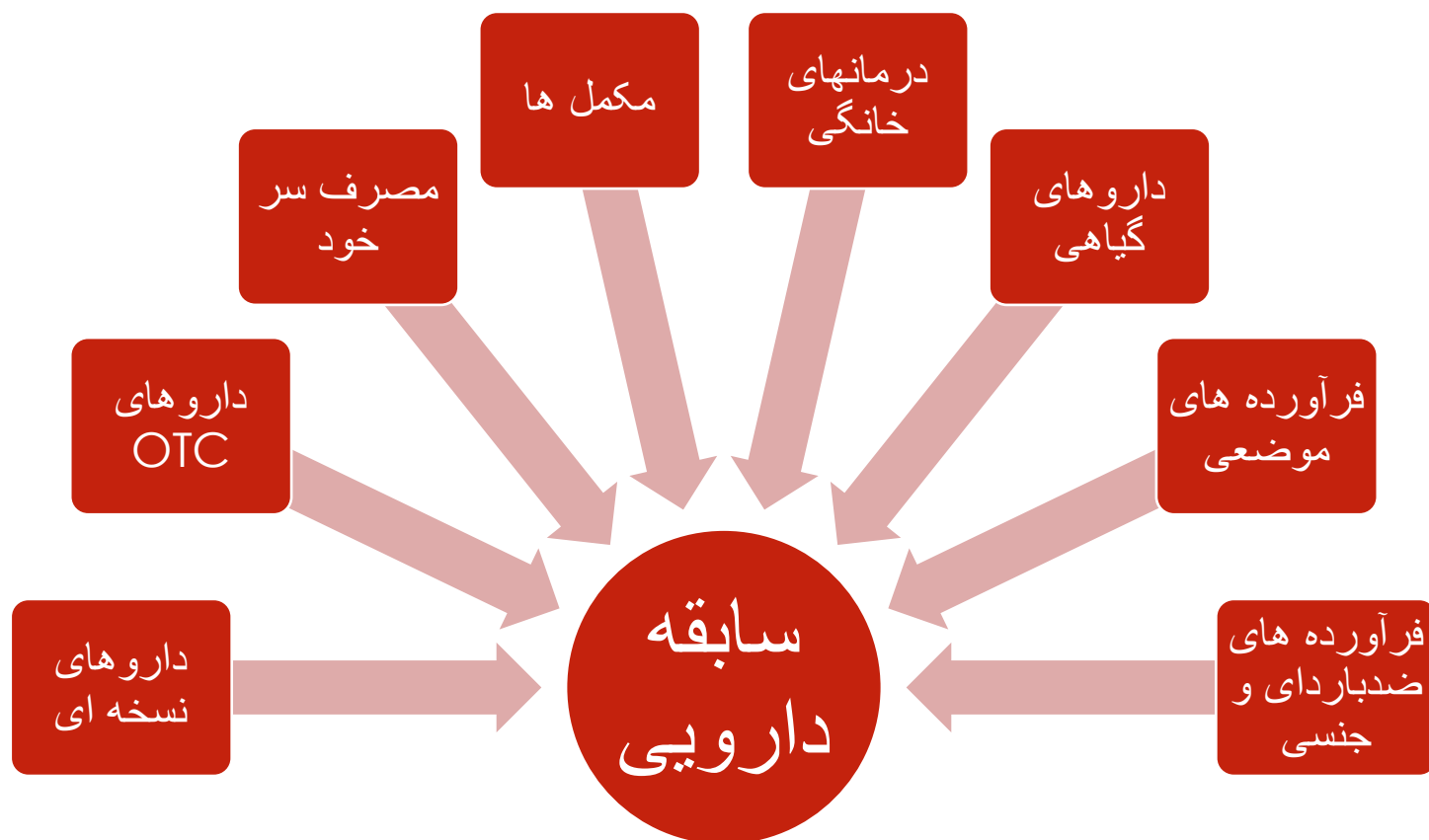
• ارائه اطلاعات دقیق دارویی مرتبط با داروهای بیمار

• مشخص کردن دلایل جایگزینی و قطع داروها برای پزشک، بیمار و کادر درمان

قدم چهارم



گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن (BPMH)



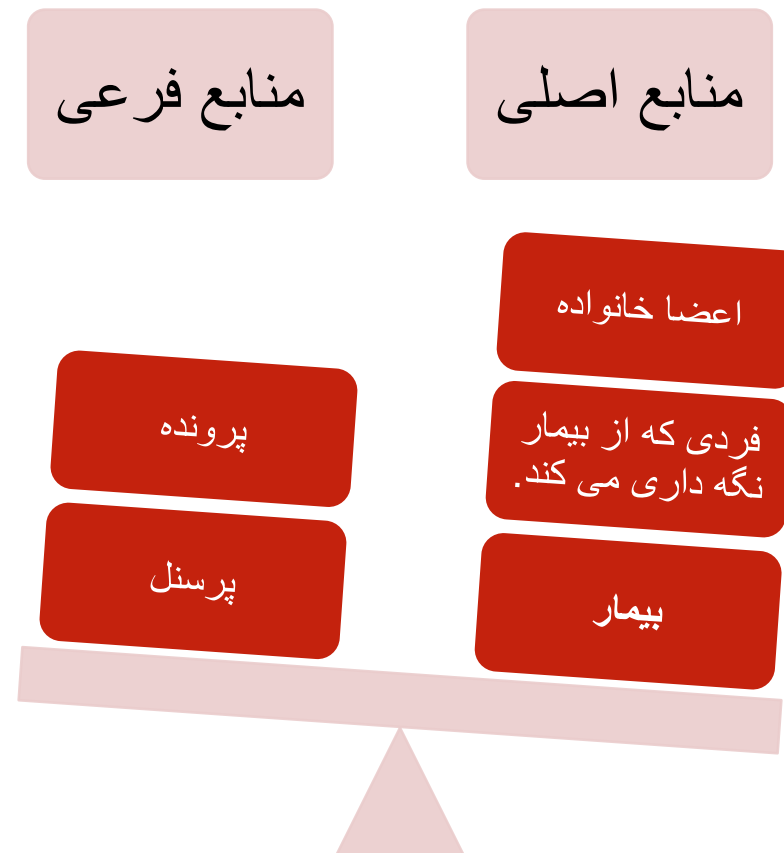


شرح حال دارویی صحیح:

- شرح حال دارویی صحیح باید شامل موارد ذیل باشد:
 - نام دارو
 - دوز
 - توالی مصرف
 - راه مصرف
- محل قرار گیری شرح حال باید به صورتی باشد که پزشک در زمان هر تجویز به آن دسترسی داشته باشد.
- این شرح حال باید از نظر محتوی کامل تر و متفاوت از «داروهای مصرفی منزل» بیمار باشد.



گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن (BPMH)





Introduction

- Introduce self and profession.
- I would like to take some time to review the medications you take at home.
- I have a list of medications from your chart/file and want to make sure it is accurate and up to date.
- Would it be possible to discuss your medications with you (or a family member) at this time?
 - Is this a convenient time for you? Do you have a family member who knows your medications that you think should join us? How can we contact them?



Medication Allergies

- Are you allergic to any medications? If yes, what happens when you take (allergy medication name)?

Information Gathering

- Do you have your medication list or pill bottles (vials) with you?
- *Use show and tell technique when they have brought the medication vials with them*
 - How do you take (medication name)?
 - How often or When do you take (medication name)?
- *Collect information about dose, route and frequency for each drug. If the patient is taking a medication differently than prescribed, record what the patient is actually taking and note the discrepancy.*
- Are there any prescription medications you (or your physician) have recently stopped or changed?
- What was the reason for this change?



Community Pharmacy

- What is the name and location of the pharmacy you normally go to?
(*Anticipate more than one*).
 - May we call your pharmacy to clarify your medications if needed?

Over the Counter (OTC) Medications

- Do you take any medications that you buy without a doctor's prescription? (*Give examples, i.e., Aspirin*). If yes, how do you take (OTC medication name)?



Vitamins/Minerals/Supplements

- Do you take any vitamins (e.g. multivitamin)? If yes, how do you take (vitamins name(s))?
- Do you take any minerals (e.g. calcium, iron)? If yes, how do you take (minerals name(s))?
- Do you use any supplements (e.g. glucosamine, St. John's Wort)? If yes, how do you take (supplements name(s))?

Eye/Ear/Nose Drops

- Do you use any eye drops? If yes, what are the names? How many drops do you use? How often? In which eye?
- Do you use ear drops? If yes, what are the names? How many drops do you use? How often? In which ear?
- Do you use nose drops/nose sprays? If yes, what are the names? How do you use them? How often?



Inhalers/Patches/Creams/Ointments/Injectables/Samples

- Do you use inhalers?, medicated patches?, medicated creams or ointments?, injectable medications (e.g. insulin)? For each, if yes, how do you take (medication name)? *Include name, strength, how often.*
- Did your doctor give you any medication samples to try in the last few months? If yes, what are the names?

Antibiotics

- Have you used any antibiotics in the past 3 months? If so, what are they?



Closing

This concludes our interview. Thank you for your time. Do you have any questions?

If you remember anything after our discussion please contact me to update the information.

Note: Medical and Social History, if not specifically described in the chart/file, may need to be clarified with patient.



بررسی صحت شرح حال اخذ شده

شرح حال دارویی باید با بیش از یکی از منابع ذیل مقایسه و صحت آن بررسی گردد:

- صحبت با پزشک/داروساز/پرستار قبلی بیمار
- بررسی قوطی و ورق دارو همراه بیمار
- لیست داروهای منزل بیمار
- بررسی دفترچه بیمه بیمار
- پرونده قبلی بیمار



تلفیق دارویی در زمان بستری

پیش
تجویز

ترکیبی از
هر دو

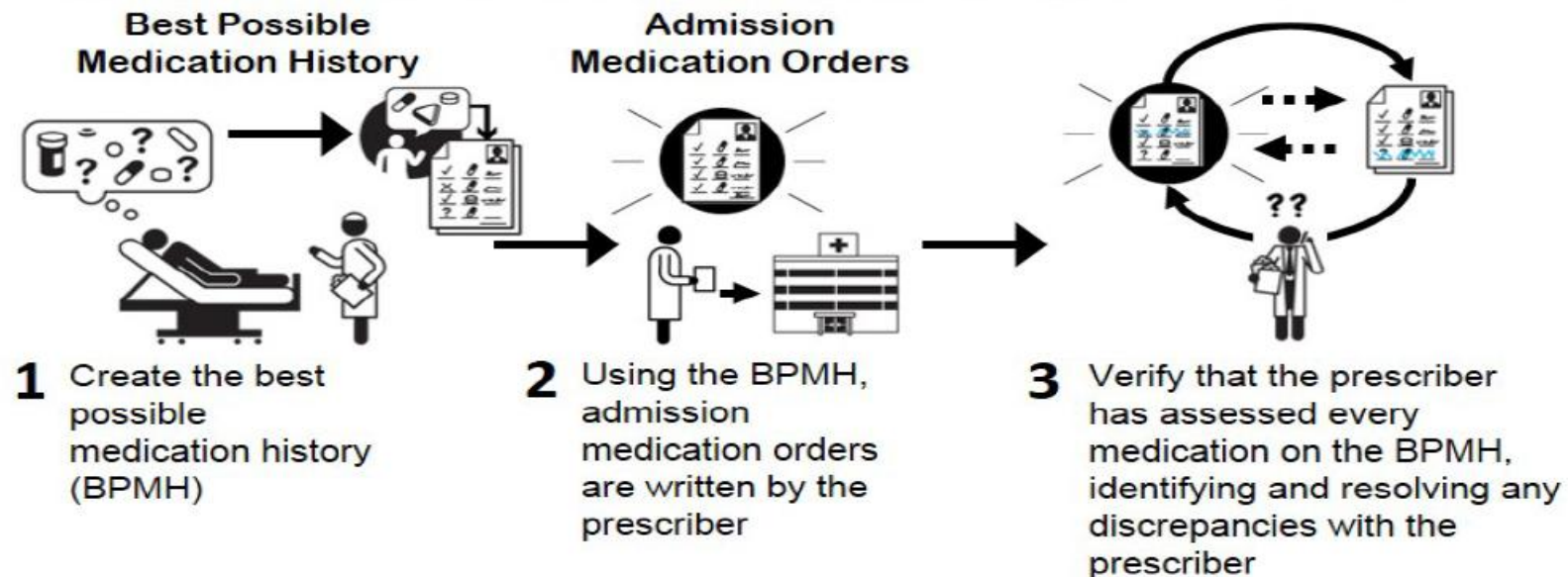
پس
تجویز



تلفیق پیش تجویز:

در تلفیق پیش تجویز شرح حال دارویی ابتدا توسط داروساز گرفته شده سپس داروها تجویز می شود:

- پرسنل کافی
- در دسترس بودن پزشک معالج

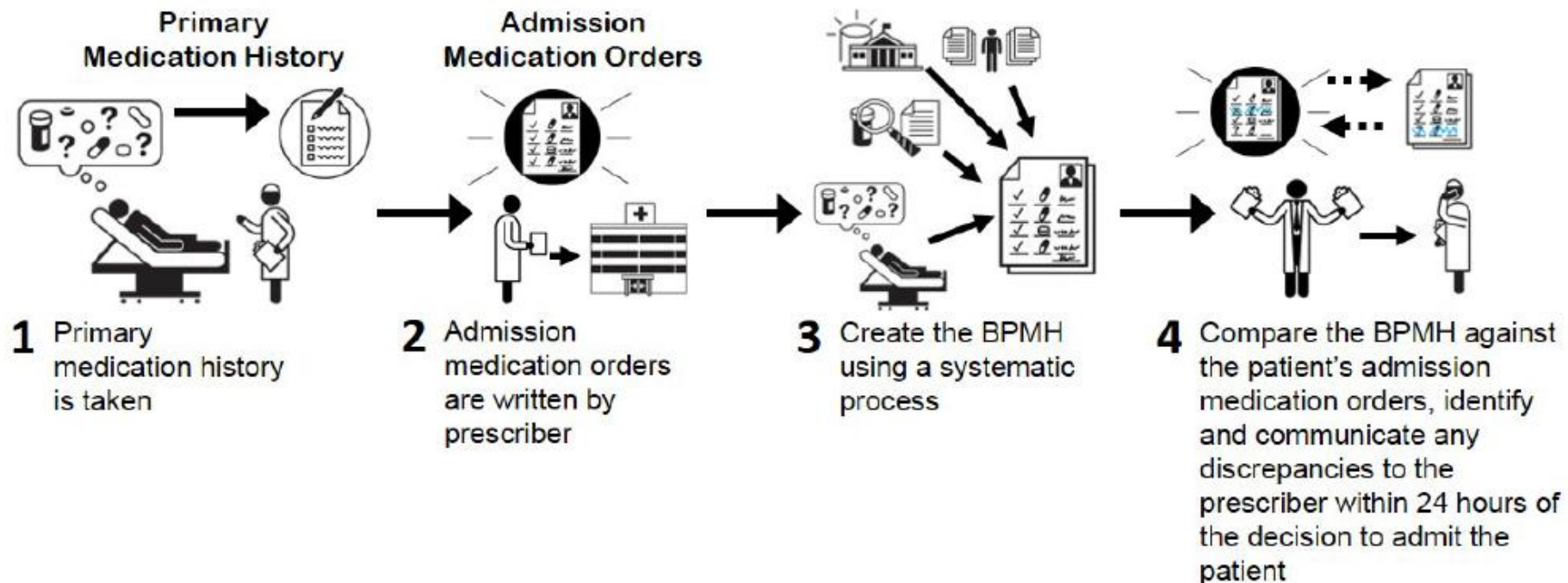




تلفیق پس تجویز:

در تلفیق پس تجویز، ابتدا شرح حال و تجویز توسط پزشک انجام گرفته و سپس شرح حال دارویی توسط داروساز جهت تلفیق انجام شده و طی ۲۴ ساعت به اطلاع پزشک رسانده می شود:

- پرسنل ناکافی
- عدم در دسترس بودن پزشک معالج





موارد عدم تطابق:

انواع عدم تطابق:

- دانسته انجام شده ولی ثبت نشده است.
- عدم تطابق نادانسته
- در هر دو این موارد باید پزشک معالج مطلع گردد و به استنتاج از مدارک بسنده نگردد.



ارائه اطلاعات تلفیق:

- در مورد موارد عدم تطبیق و دلایل تغییر/قطع/افزودن دارو به اطلاع بیمار و کادر درمان به خصوص افرادی که می خواهند اقدامات بعدی درمانی را برای بیمار انجام دهند رسانده شود.
- باید اطمینان حاصل شود که فرم تلفیق دارویی در هر مرحله آینه تمام نمای داروهایی است که بیمار در حال حاضر مصرف می کند.



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
معاونت غذا و دارو
واحد تحقیق و توسعه

تکمیل فرم تلفیق دارویی



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
 معاونت غذا و دارو
 واحد تحقیق و توسعه

شماره پرونده:		نام و نام خانوادگی بیمار:
بخش: اتاق: تخت:		جنسیت: زن <input type="checkbox"/> مرد <input type="checkbox"/>
پزشک معالج:	مرکز آموزشی درمانی _____ شهرستان _____	سن: _____ قد: _____ وزن: _____
دانشگاه علوم پزشکی اردبیل معاونت غذا و دارو واحد تحقیق و توسعه		
شرایط خاص بیمار: بارداری <input type="checkbox"/> شیردهی <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف مواد مخدر <input type="checkbox"/> سیگار <input type="checkbox"/> دیابت <input type="checkbox"/> فشارخون <input type="checkbox"/> مشکلات کبدی <input type="checkbox"/> مشکلات کلیوی <input type="checkbox"/> سایر <input type="checkbox"/>		
سابقه حساسیت یا عارضه دارویی:		
سابقه حساسیت غذایی:		
مرحله تلفیق دارویی: پذیرش <input type="checkbox"/> انتقال بین بخشی <input type="checkbox"/> ترخیص <input type="checkbox"/> تشخیص نهایی پزشک:		

ردیف	شکل دارو	نام دارو	قدرت	راه مصرف	دستور مصرف	نحوه مصرف بعد از				زمان آخرین دوز مصرفی	نحوه ارائه دستور کتبی/شفاهی/عدم	شرح یافته ها با توجه به داروهای بعد از مرحله تلفیق (پذیرش/انتقال/ترخیص)	نظر پزشک معالج
						پذیرش / انتقال / ترخیص	ادامه	توقف	تغییر دوز				
۱													
۲													
۳													
۴													
۵													
۶													
۷													
۸													
۹													
۱۰													
۱۱													
۱۲													
۱۳													
۱۴													
۱۵													

توضیحات:

منبع جمع آوری اطلاعات: بیمار همراه بیمار نسخ سابق داروهای همراه سایر موارد: _____

تاریخ و ساعت تکمیل فرم: _____ مهر و امضای داروساز: _____ مهر و امضای پزشک معالج: _____ تاریخ: _____



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
معاونت غذا و دارو
واحد تحقیق و توسعه



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
معاونت غذا و دارو
واحد تحقیق و توسعه

خلاصه شرح حال بیمار:

شکایت اصلی بیمار:

سابقه بیماری و عمل جراحی:

فهرست داروهای تجویز شده در پرونده در زمان پذیرش/انتقال / ترخیص:

- ۱.....
- ۲.....
- ۳.....
- ۴.....
- ۵.....
- ۶.....
- ۷.....
- ۸.....
- ۹.....
- ۱۰.....

جدول خلاصه آخرین تغییرات داروهای مصرفی نسبت به داروهای پیش از پذیرش انتقال (از.....)

داروهای که مصرفشان ادامه یافته است	داروهایی که مقدار مصرفشان تغییر یافته است (با ذکر مقدار مصرف):
۱.....	۱.....
۲.....	۲.....
۳.....	۳.....
۴.....	۴.....
۵.....	۵.....
۶.....	۶.....
۷.....	۷.....

داروهای که قطع شده اند:	داروهایی که شروع شده اند (با ذکر مقدار مصرف):
۱.....	۱.....
۲.....	۲.....
۳.....	۳.....
۴.....	۴.....
۵.....	۵.....
۶.....	۶.....
۷.....	۷.....

تاریخ و ساعت تکمیل فرم: مهر و امضاء داروساز	تاریخ: مهر و امضاء پزشک معالج
---	-------------------------------



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
 معاونت غذا و دارو
 واحد تحقیق و توسعه

برگ شرح حال و معاینه بدنی

MEDICAL HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION SHEET

Physical Examination & Clinical Investigation (countinued):

معاینات بدنی و بررسیهای اولیه بالینی (ادامه):

Eyes : <input type="checkbox"/>	چشم :	علاجه ۲ ماهه - اسکلر ابله	<input type="checkbox"/>
Nose : <input type="checkbox"/>	بینی :	مخاطات دهان تنگ است	<input type="checkbox"/>
Mouth: <input type="checkbox"/>	دهان :	تقریباً در قفله و لویدر آن کوزل است	<input type="checkbox"/>
Throat <input type="checkbox"/>	گلو :	حدر روتیم سینت دپو سوکتید و رتین کمکت دایر	<input type="checkbox"/>
Neck : <input type="checkbox"/>	گردن :	برعصا ۴۵۰ سانت است	<input type="checkbox"/>
Lymph Nodes: <input type="checkbox"/>	غدد لنفاوی :	متلا - ۲/۵ سانت (۲/۵) بقویض در یکدیگر است	<input type="checkbox"/>
Chest: <input type="checkbox"/>	قفسه سینه :	کوم شیم و بیرون تنه بین و BS (+)	<input type="checkbox"/>
Brcast: <input type="checkbox"/>	پستان :	نپضن کوم در پد و فون است ۳۰ سانت و ۲+ و ناستم عمل است	<input type="checkbox"/>
Heart: <input type="checkbox"/>	قلب :	در انجا کوم کای صدور است ۴ سانت است	<input type="checkbox"/>
Lung : <input type="checkbox"/>	ریه :	و صارت ۴۵ سانت است	<input type="checkbox"/>
Vessels : <input type="checkbox"/>	عروق :		<input type="checkbox"/>
Abdomen : <input type="checkbox"/>	شکم :	بچه ۱ تنگی نفس فانتی	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Male) : <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مذکر) :	۳ - سوسه فون	<input type="checkbox"/>
Genital Organ (Female) : <input type="checkbox"/>	اندام تناسلی (مونث) :	۴ - افتنا فون	<input type="checkbox"/>
Rectum : <input type="checkbox"/>	مقعد :	اندام تنه	<input type="checkbox"/>
Nervous System : <input type="checkbox"/>	اعصاب :	۵ - رتیم ۸۴	<input type="checkbox"/>
Extreminies : <input type="checkbox"/>	اندام ها (فوقانی ، تحتانی) :	۶ - ۳۰ سانت	<input type="checkbox"/>
Bones - Joints - Muscles : <input type="checkbox"/>	استخوانی - مفاصل - عضلات :	۷ - رتیم	<input type="checkbox"/>

توضیح: در صورت وجود بیماری یا نقص و هر علامت دیگر در دستگامهای فوق در مقابل آن توضیح داده شود و در غیر اینصورت با علامت مشخص گردد.
 NOTE: In case of abnormalities in any organ please explain in front of it, other wise please mark with

SUMMARY: خلاصه: معیبه فدا مسریه ۴۱ ساله است که از صدور تب ۵۰ میل و آبروهای دیلو سین ۶ ماهه این قدر واقع کرده است تنگی نفس دارد که فانتی در صد الی ۴۰

Primary DX: تشخیص اولیه: می باشد که علت با لیمون Dimen - (تومور) - سینه است

دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
 مرکز تخصصی فونجی
 (تخصصی فونجی و عفون)

۴۵۴۷۵۷



دانشگاه علوم پزشکی اردبیل
معاونت غذا و دارو
واحد تحقیق و توسعه

با تشکر از توجه شما