

به نام خدا

راهنمای تلفیق دارویی

Medication Reconciliation guideline



معاونت داروسازی و بالینی مجموعه مدد ایران

۱۳۹۳

دکتر فاطمه ایزدپناه، دکتر فاخته واحدی

دستورالعمل استاندارد سازی تلفیق دارویی

انجام فرایند تلفیق دارویی به هدف جلوگیری از بروز خطاهای دارویی همانند از قلم افتادن ، دوزاژ یا توالی نادرست و تجویز داروهای تکراری از دسته های دارویی یکسان در مراکز درمانی ضروری می باشد ، بدین منظور فرم استاندارد تلفیق دارویی شامل سابقه دارو درمانی یا داروهای مصرفی فعلی ، دستور تجویز دارو ، دستور ادامه یا قطع دارو و علت قطع داروها تهیه شده است و به هدف استانداردسازی این فرایند رعایت نکات ذیل ضروری می باشد :

- ۱- مسئول ثبت اطلاعات : پرستار ، داروساز و یا پزشک
- ۲- مواقع لازم جهت انجام تلفیق دارویی : ۱- هنگام پذیرش در بیمارستان ۲- هنگام انتقال در داخل بیمارستان بین بخش ها ۳- هنگام ترخیص از بیمارستان
مهم است که در هر مرحله (پذیرش، انتقال ، ترخیص) لیست داروهای منزل بیمار هم چک شود .
- ۳- منبع کسب سابقه دارویی: خود بیمار ، همراه بیمار (دوست یا خانواده) ، لیست داروهای همراه بیمار ، داروهای همراه بیمار ، سابقه دارویی ثبت شده بیمار ، داروخانه بیمار
- ۴- مراحل پر کردن فرم: ۱- تهیه لیست کامل و صحیح از تمام داروهای فعلی بیمار (شامل نام ، دوزاژ ، توالی و راه مصرف) ۲- مقایسه دستور پزشک جهت تجویز ، ادامه یا قطع داروهای لیست ۳- برطرف کردن هرگونه مغایرت موجود بین لیست داروها و دستور پزشک قبل از بروز عارضه جانبی.
- ۵- داروهای مورد تلفیق : داروهای نسخه (قدیم و جدید)، ویتامین ها ، مکمل ها ، داروهای گیاهی ، داروهای OTC ، واکسن ها ، مواد حاجب ، مواد رادیواکتیو ، فراورده های خونی ، تغذیه وریدی و کلا هر فراورده ای که بعنوان دارو توسط FDA تعیین شده است.

مراحل الحاق و تکمیل فرم تلفیق دارویی در پرونده بیماران بستری

- ۱- طرح مسئله در کمیته دارو و درمان و اخذ مجوز افزودن فرم تلفیق دارویی به پرونده بیماران بستری
- ۲- تعیین مسئول نظارت بر اجرای فرایند مربوطه (داروساز بالیری / عمومی)
- ۳- آموزش مسئولین تکمیل کننده فرم (پزشک / داروساز / پرستار)
- ۴- جمع آوری نتایج و گزارش تا تاریخ ۹۴/۰۱/۲۰
- ۵- مستندسازی از طریق تهیه عکس و تصویر (از روند آموزش و اجرا) و ...

فرم تلفیق دارویی

فرم تلفیق دارویی						نام و نام خانوادگی بیمار :		
نام بیمارستان:						شماره پرونده :		
منبع کسب اطلاعات دارویی بیمار : بیمار <input type="checkbox"/> همراه بیمار <input type="checkbox"/> سایر ----- <input type="checkbox"/>						سن :		
نام پزشک معالج :						جنس :		
بخش :						بیماری :		
ملاحظات (ادامه ، قطع دارو، اصلاح دز، تغییر شکل دارویی، روش مصرف و...)	زمان آخرین دز مصرفی	علت تجویز	دفعات مصرف	طریقه مصرف	دوز	نام داروها	ردیف	مراحل زمان پذیرش در بیمارستان
							۲	
							۳	
							۴	
							۵	
							۶	
							۷	
							۸	
							۹	
							۱	چین بستری و انتقال بین بخش ها
							۲	
							۳	
							۴	
							۵	
							۶	
							۷	
							۸	
							۹	
							۱	
							۲	
							۳	
							۴	
							۵	
							۶	
							۷	
							۸	
							۹	
سابق عوارض دارویی :								
سابقه حساسیت :								
سابقه مصرف داروهای گیاهی :								
شرایط خاص بیمار : شیردهی <input type="checkbox"/> بارداری <input type="checkbox"/> مصرف الکل <input type="checkbox"/> مصرف دخانیات <input type="checkbox"/> مصرف موارد مخدر <input type="checkbox"/> نام مخدر مصرفی : سایر :								
رژیم غذایی :								
تداخلات خاص داروهای تجویزی با سایر داروها یا مواد غذایی :								
تاریخ آخرین بازنگری :								
نام تکمیل کننده فرم (پزشک ، داروساز ، ایستار) : مهر و امضاء								

لازم است آنتی بیوتیک ها، انسولین ، داروهای خوراکی پایین آورنده قند خون، داروهای ضد فشارخون ، داروهای پیوند، آنتی دیس ریتمی ها، استنشاقی ها، ضد تشنج ها ، ضد آنژیپهای قلبی، داروهای چشمی ، آنتی ویروس ها، ضد انعقاد ها و مسکن ها و ... قبل از داده شدن دوز بعدی تلفیق شوند .