



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان خوزستان

بیمه تعاون
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۱۴۰۲/۴۲۹۱۲۳

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۲/۰۸

پیوست ندارد

معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شاپور اهواز
معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی دزفول
معاون محترم درمان دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی آبادان
معاون محترم درمان دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بهبهان
معاون محترم درمان دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شوشتر
رئیس محترم بیمارستان دولتی غیر دانشگاهی / خصوصی / خیریه

موضوع: استاندارد تجویز آنتی بیوتیک‌های پرهزینه

سلام علیکم

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ ((ملی... علیه وآله وسلم))

احتراماً، پیرو ابلاغ نحوه تجویز منطقی آنتی بیوتیک‌های پرهزینه بیمارستانی، به پیوست ضمن ارسال نسخه دوم فرم مذکور (موضوع نامه شماره ۴۰۰/۲۸۰۰۸ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۲۷ معاون محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی)، برخی موارد مهم جهت بهره برداری و اجرا بحضورتان ارسال می گردد. خواهشمند است دستور فرمائید مراتب به نحو مقتضی به واحد های تابعه اطلاع رسانی گردد.

۱- مصرف آنتی بیوتیک پرهزینه شامل ایمی پنم/ مروپنم، ونکومايسين/تیکوپلاینین، کلیستین، لینزولید، کسپوفانزین، وریکونازول، آمفوتریسین (داکسی کولات (معمولی) / لیپوزومال)، پوساکونازول، تیگسیکلین طبق فرم پیوست، برای بیمارانی که نیاز به ادامه درمان بیش از ۵ روز از شروع تجویز آنتی بیوتیکهای فوق را دارند، تکمیل و ضمن رعایت ضوابط و مقررات ابلاغی من جمله نحوه تعهدات دارویی و ... به عنوان اسناد مثبت جهت رسیدگی و تأیید پرداخت داروهای مورد اشاره در پرونده های بیمه ای ضمیمه می گردد.

۲- تجویز آنتی بیوتیک در طی ۵ روز اول توسط پزشک معالج صورت می گیرد و پس از ۵ روز اول با مشاوره پزشک متخصص عفونی و بیماری های گرمسیری (بزرگسال/ کودکان)، نسبت به ادامه/ اصلاح و یا قطع تجویز تصمیم گیری شود.

۳- دلایل تغییر یا قطع یا ادامه دارو پس از ۵ روز اول توسط متخصص عفونی و پزشک معالج نوشته شود. در صورت نبود متخصص عفونی و بیماری های گرمسیری (بزرگسال/ کودکان)، تعیین تکلیف بر عهده رئیس بیمارستان می باشد.



سازمان بیمه سلامت ایران
اداره کل بیمه سلامت استان خوزستان

پسته تلخ

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۱۴۰۲/۴۲۹۱۲۳

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۲/۰۸

پیوست ندارد

۴- این فرم صرفاً برای ۵ روز تکمیل میشود و در صورت نیاز به ادامه این آنتی بیوتیک باید فرم جدید، مجدداً تکمیل و تایید گردد.

۵- تحویل این آنتی بیوتیک ها از داروخانه با حضور مستقیم داروساز بالینی و یا داروساز شاغل در بیمارستان می باشد.

۶- پزشک معالج و پزشک مشاوره دهنده، مسئولیت تکمیل فرم را بر عهده دارند.

دکتر محمدرضا رضایی

مدیرکل بیمه سلامت استان خوزستان

توجه: این نامه خارج از سیستم مکاتبات رایانه ای بدون مهر برجسته فاقد اعتبار می باشد.

آدرس: اهواز، کیانپارس، فلکه سوم، ابتدای خیابان میهن غربی فاز ۱ - تلفن: ۳۳۳۸۴۸۹۵-۷ نمابر: ۳۳۳۸۴۹۰۸ ش.ش ۷۱۸۸۸۷۳

آدرس سایت: www.ihio.gov.ir پست الکترونیکی: info@kz.ihio.gov.ir کد پستی: ۶۱۵۵۸-۱۵۵۴۷ شناسه ملی: ۱۴۰۰۳۲۴۴۷۶۲