

شماره: ۹۹/۴۶۲۰۵  
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۲/۱۰  
پیوست: دارد



## معاونت غذا و دارو

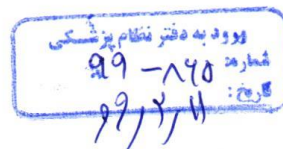
باسمه تعالی

### موسی / مسئول فنی محترم داروخانه ...

با سلام و احترام

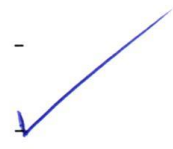
بازگشت به نامه شماره ۹۹/۲۸۷۰۳ به تاریخ ۹۹/۰۱/۳۱ معاونت محترم بهداشتی دانشگاه در خصوص ثبت بیماران مبتلا به کووید-۱۹ و داروهای مصرفی آن ها در سامانه سینا، ضروری است داروی هیدروکسی کلروکین برای این بیماران **صرفاً** بعد از تکمیل فرم پیوست (قسمت مربوط به داروساز) که توسط بیمار ارائه می گردد، تحویل شود. سپس فرم های مذکور بایگانی و به نماینده معاونت بهداشتی تحویل گردد. ۷۴۲۰۳۷۶

دکتر جبرائیل موفق  
معاون غذا و دارو دانشگاه



رونوشت :

- معاونت محترم درمان دانشگاه به انضمام پیوست جهت استحضار و اطلاع به پزشکان محترم بمنظور تکمیل قسمت ابتدای فرم و ارجاع بیماران به داروخانه های مذکور
- معاونت محترم بهداشتی دانشگاه به انضمام پیوست جهت استحضار و معرفی نماینده آن معاونت جهت تحویل گرفتن فرم های تکمیل شده از داروخانه ها
- ریاست محترم سازمان نظام پزشکی مشهد به انضمام پیوست جهت اطلاع به پزشکان محترم بمنظور تکمیل قسمت ابتدای فرم و ارجاع بیماران به داروخانه های مذکور





شماره: ۹۹/۲۸۷۰۳  
تاریخ: ۱۳۹۹/۰۱/۳۱  
پیوست: دارد

## معاونت امور بهداشتی

باسمه تعالی

**جناب آقای دکتر جبرائیل موفق**  
**معاون محترم غذا و دارو دانشگاه**  
موضوع: تمویل دارو

سلام علیکم

احتراماً، پیرو نامه شماره ۱۰۰/۱۵۳ تاریخ ۹۹/۱/۲۳، خواهشمند است دستور فرمائید داروی هیدروکسی کلروکین در بیماران covid-19 فقط در داروخانه‌های منتخب و با فرم پیوست تحویل گردد. ضمناً فرم‌های تکمیلی به صورت موقت تحویل نماینده بهداشت گردد، تا ثبت سامانه سینا جهت پیگیری بیماران انجام گردد. (سایر داروخانه‌ها بیماران مشکوک به covid-19 یا دارای فرم تکمیل شده را به داروخانه‌های منتخب ارجاع نمایند)./کد-۷۵۹۸۳۵۵

**دکتر مهدی قلیان پور**  
**معاون امور بهداشتی دانشگاه و رئیس مرکز بهداشت**  
**استان خراسان رضوی**  
از طرف، سید کاظم فرمند

رونوشت :

- معاون محترم درمان دانشگاه جهت استحضار و دستور ارسال و تکمیل فرم پیوست به درمانگاهها جهت بیماران کووید ۱۹
- ریاست محترم سازمان نظام پزشکی مشهد جهت استحضار و دستور ارسال و تکمیل فرم پیوست در مطب‌های منتخب
- معاون محترم فنی مرکز بهداشت استان
- مدیر محترم شبکه بهداشت و درمان شهرستان ..... جهت پیگیری طبق دستورالعمل ارسالی وزارت
- رئیس محترم مرکز بهداشت شماره ۱، ۲، ۳، ۴، ۵ و ۶ جهت پیگیری طبق دستورالعمل ارسالی وزارت
- مدیر محترم توسعه شبکه و ارتقاء سلامت
- مدیر محترم پیشگیری و مبارزه با بیماریها

نام مرکز / مطب :
آدرس :

دانشگاه علوم پزشکی مشهد
نام شهرستان :

### فرم درخواست داروی سرپایی درمان covid-19

الف - نام بیمار :

نام و نام خانوادگی :	کد ملی :
----------------------	----------

ب - اندیکاسیون شروع درمان سرپایی :

درجه حرارت:
-------------

و عامل عوامل خطر را علامت بزنید:

بیماران با بیماری زمینه ای		بیماران بانقص ایمنی	
فشار خون		تحت درمان با کورتیکواستروئید	
سایر بیماریهای قلبی - عروقی		شیمی درمانی	
دیابت		بدخیمی ها	
بیماریهای تنفسی زمینه ای		پیوند اعضا	
BMI>40		مبتلایان به ویروس نقص ایمنی اکتسابی	

ج - تعداد داروهای تجویزی :

کلروکین / هیدروکسی کلروکین
----------------------------

د - اطلاعات پیگیری بیمار :

شماره تلفن ۱	شماره تلفن ۲
آدرس محل سکونت	

مهر و امضاء پزشک معالج :

ه - تحویل دارو ( این قسمت توسط ارائه دهنده دارو تکمیل می شود)

تاریخ تحویل دارو	نام مرکز تحویل دهنده
نام تحویل دهنده دارو	