



سازمان بهداشت ایران
اداره کل بهداشت استان فارس

باسمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

شماره: ۱۴۰۲/۳۸۶۴۴۴

تاریخ: ۱۴۰۲/۱۱/۰۳ ۷:۵۷

پیوست: دارو

۴-عادی

سال چهارم، رشد تولید

دارای گواهینامه بین المللی مدیریت کیفیت

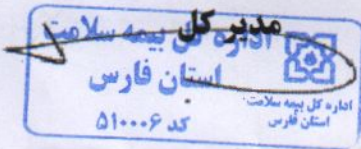
ISO-۹۰۰۱-۲۰۰۸

معاونین محترم غذا و داروی دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان و گراش
معاونین محترم درمان دانشگاه های علوم پزشکی شیراز، فسا، جهرم، لارستان و گراش
موضوع: فاکتورهای انعقادی

با سلام و احترام:

با عنایت به نامه شماره ۱۴۰۲/۳۸۲۵۹۴ مورخ ۱۴۰۲/۱۰/۳۰ مدیرکل محترم دفتر خدمات تخصصی سازمان بیمه سلامت، به پیوست، مکاتبه معاونت محترم درمان وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی به شماره ۴۰۰/۲۴۳۸۵ مورخ ۱۴۰۲/۹/۲۰ در خصوص تجویز فاکتورهای انعقادی بیماران هموفیلی، جهت استحضار و بهره برداری ایفاد می گردد.

دکتر علی محمد جعفرپور



رونوشت:

انجمن محترم داروسازان استان فارس جهت استحضار به انضمام پیوست ✓
روسای محترم بیمارستانهای خصوصی و خیریه، دولتی غیر دانشگاهی جهت استحضار به انضمام پیوست

بناظر به
رشد تولید
۱۴۰۲/۱۱/۰۳

ش.ش: ۷۶۰۰۷۶۰۷۱۴



شیراز-خیابان وصال ثقلی کد پستی: ۱۴۲۹۷-۷۱۳۳۹ صندوق پستی: ۱۶۱-۷۱۶۴۵ تلفن: ۰۷۱-۳۳۳۳۳۱۲-۰۷۱-۳۳۳۳۳۵۴

پست الکترونیکی: info.fr@ihio.gov.ir وبسایت: <http://fr.ihio.gov.ir> تلفن گویا: ۷۶۶۶

معاون محترم درمان دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی ...

جناب آقای دکتر محمد مهدی ناصحی

مدیر عامل محترم سازمان بیمه سلامت

جناب آقای دکتر شهرام غفاری

مدیر کل محترم درمان غیر مستقیم سازمان تامین اجتماعی

موضوع: دستورالعمل تعیین سقف داروهای هموفیلی

با سلام و احترام

با توجه به چالش های مربوط به تجویز فاکتورهای انعقادی بیماران مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده برای پزشکان درمانگر و به منظور وحدت رویه در سازمانهای بیمه گر، دستورالعمل تعیین سقف فاکتورهای انعقادی که توسط اساتید محترم انجمن ترومبوز هموستاز ایران تدوین شده است، در ذیل نامه ارسال می گردد. مقتضی است دستور فرمایید دستورالعمل فوق به نحو مطلوب در دسترس افراد مرتبط (پزشکان درمانگر هموفیلی و کارشناسان بیمه) قرار گرفته و در سامانه های نسخه نویسی لحاظ گردد.

جدول سقف ماهانه فاکتورهای انعقادی برای موارد خونریزی و پروفیلاکسی آذر ۱۴۰۲

پیرو مصوبه کمیته مشاورین هماتولوژی معاونت درمان وزارت متبوع در مهر ماه سالجاری تهیه جدول تعیین سقف تجویز ماهیانه فاکتورهای انعقادی در بیماری های خونریزی دهنده ارثی به انجمن ترومبوز هموستاز ایران محول شد. به پیوست جدول پیشنهادی به شرح توضیحات ذیل جهت بهره برداری تیم درمانی هموفیلی و سازمانهای بیمه گر ارائه میگردد:

۱. برای واقعی و عملی شدن برنامه درمان دوزها و تعداد ویالها گرد شده است.
۲. با توجه به ماهیت جدول در تعیین سقف تجویز ماهیانه و جهت جلوگیری از مراجعات مکرر و سر درگمی بیماران و پزشکان محاسبات در پروفیلاکسی ها بر اساس حداکثر دوز و دفعات تزریق انجام شده است. ولی در مورد خونریزی ها بر اساس میانگین مورد قبول صاحب نظران تعیین شده است. در موارد خونریزی های شدیدتر باید تجویز بیمارستانی داشته باشند.
۳. محاسبات بر اساس وزن ۱۰ کیلوگرم در جدول اکسل محاسبه شده است و قابل تنظیم برای وزنهای بالاتر است. بدیهی است برای جلوگیری از هدر رفت و دور ریز ویال ها در برخی از اوزان نیاز به راند کردن بالاتر و پایین تر و حتی تغییر در پروتکل تعداد دفعات و فواصل تزریقات می باشد.
۴. در همه موارد بخصوص در بند ۵ و ۶ ممکن است دفعات خونریزی، دوز و هم دفعات تزریق با فعالیت، عوامل مختلف بالینی و نوع زیست بیمار افزایش یابد. این موارد نیاز به مجوز موردی برای افزایش سهمیه ماهیانه است.
۵. بیماری های نادر انعقادی مانند کمبود توام ۵ و ۸، کمبود توام ۲ و ۷ و ۹ و ۱۰، و نیز موارد بروز مهارکننده علیه فاکتورهای انعقادی در جدول گنجانده نشده و نیاز به مجوز موردی دارد. با توجه به شیوع بروز مهارکننده در کمبود فاکتور ۸ در جدول محاسبه شده است.
۶. در پایان یادآوری میشود تشخیص پزشکان ارشد مراکز جامع هموفیلی در تعیین سقف نهایی تجویز دارو پس از هماهنگی و تایید آن مرکز محترم باید محور صدور مجوز و تامین دارو قرارگیرد.

سقف سهمیه ماهانه فاکتورهای انعقادی / بیماران مبتلا به اختلالات خونریزی دهنده جهت درمان خونریزی سرپایی و پیشگیرانه

ردیف	نوع اختلال	وزن	توضیحات	تعداد ویال مجاز سرپایی ماهیانه (رانند شده)
۱	کمبود فاکتور ۸ شدید	۱۰	درمان خونریزی یا پیشگیرانه	۹ ویال ۵۰۰
۲	کمبود فاکتور ۹ شدید	۱۰	درمان خونریزی یا پیشگیرانه	۱۰ ویال ۵۰۰
۳	کمبود فاکتور ۱۳ شدید	۱۰	در صورت خونریزی بالینی علیرغم تزریق پیشگیرانه باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود	۱ ویال ۲۵۰
۴	فون ویلبراند خونریزی دهنده (فارغ از تیپ)	۱۰	در صورت تایید درخواست پروفیلاکسی	۲ تا ۴ ویال هیومیت ۵۰۰/۱۲۰۰ ۴ یا ۹ ویال ویلیت ۵۰۰
۵	آربوسون	۱۰	در صورت تایید درخواست پروفیلاکسی کوتاه مدت یا دراز مدت	۳۶ ویال ۱.۲ میلیگرمی
			(در برخی بیماران تا دوز ۲۷۰ نیز افزایش می یابد که باید موردی مجوز داده شود)	
۶	فایبا	۱۰		۳۴ ویال ۵۰۰ واحدی
۷	اختلال عملکرد بلاکتی (گلانزمن)	۱۰	در صورت خونریزی بالینی علیرغم درمانهای موضعی، تزریق پلاکت آفرزیم مناسب شاید ضروری باشد. در هر حال طبق پروتکل درمانی مرکز باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود. در صورت دسترسی نداشتن به بیمارستان صرفاً یک دوز ۹۰-۱۲۰ میکرو/کیلوگرم برای موارد اورژانس احتمالی در اختیار داشته باشد و با ارائه مستندات تزریق تسویه شود.	
۸	کمبود ارنی فاکتور ۷		در صورت خونریزی بالینی علیرغم تزریق پیشگیرانه باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود	
۹	کمبود ارنی شدید فاکتور ۱۰		در صورت خونریزی بالینی علیرغم تزریق پیشگیرانه باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود	
۱۰	کمبود ارنی شدید فاکتور ۲		در صورت خونریزی بالینی علیرغم تزریق پیشگیرانه باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود	
۱۱	آفیبینونومی		در صورت خونریزی بالینی علیرغم تزریق پیشگیرانه باید موردی بررسی و تجویز بیمارستانی شود	

دکتر سعید گریمی

معاون درمان