



سازمان بهداشت ایران
اداره کل بهداشت استان فارس

شماره: ۱۴۰۴/۱۱۱۱۲۳

تاریخ: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸ ۸:۱۶

پیوست: دارو

با سمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴-عادی

دارای کوئلندسین الگی مدیریت کنیت

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: ابلاغ راهنمای تجویز داروی امالیزومب

با سلام و احترام؛

با عنایت به ابلاغ راهنمای تجویز داروی امالیزومب توسط معاونت محترم درمان و آموزش پزشکی طی نامه شماره ۱۴۰۴/۳/۱۹ ۴۰۰/۷۲۹ مورخ ۱۴۰۴/۳/۱۹ ، ضمن ارسال راهنمای تجویز این دارو (پیوست)، اهم موارد این راهنمای تجویز به شرح زیر به استحضار می‌رسد:

افراد صاحب صلاحیت:

افراد صاحب صلاحیت برای تجویز این دارو عبارتند از پزشکان فوق تخصص آرژی و ایمونولوژی بالینی، پزشکان فوق تخصص ریه بزرگسالان و کودکان، متخصصین گوش و حلق و بینی، متخصصین پوست و مو

موارد مصرف:

- کودکان بالاتر از ۶ سال و بزرگسالان مبتلا به آسم پایدار متوسط تا شدید که یکی از معیارهای مندرج در راهنمای ابلاغی را داشته باشند.

- آرژی غذایی شدید با واسطه IGE که استراتژی پرهیز غذایی امکان پذیر نباشد یا بیمار قادر به انجام آن نباشد.

- بعنوان درمان افزوده شده به درمان نگهدارنده پولیپ بینی در بیماران ۱۸ سال و بالاتر که تمامی معیارهای مندرج در راهنمای ابلاغی را داشته باشند.

- آنافیلاکسی ایدیوپاتیک مکرر، ماستوسیتوز، همراه با ایمونوتراپی آرژن

موارد مصرف off label :

این دارو در موارد کهیر مزمون خود به خودی در افراد بالای ۱۲ سال که با حداکثر دوز آنتی هیستامین کنترل نشده باشد یا در کهیر القایی، دارای اندیکاسیون off label است.

ش.ش: ۷۸۰۶۶۲۹

شیراز- خیلاب وصال محل کمپتی: ۱۴۳۹۷-۷۱۳۳۹-۷۱۶۴۵-۱۶۱ تلفن: ۷۱۶۴۵-۷۱۳۳۳۲۵۴۶۰-۷۱۳۳۳۲۴۲۱۲

پست اکترونیک: <http://fr.ihio.gov.ir> وبسایت: <http://info.fr.ihio.gov.ir>



شماره: ۱۴۰۴/۱۱۱۱۲۳

تاریخ: ۱۴۰۴/۰۴/۱۸ ۰:۱۶

پیوست: دارو

دارای گواهی مین اقلیمی مدیریت کیفیت

ISO -۹۰۰۱-۲۰۰۸

با سمه تعالی

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

۴- عادی



سازمان بهداشت ایران

اداره کل بهداشت استان فارس

موارد منع مصرف:

- حساسیت به دارو یا هریک از اجزای فرمولاسیون

دوز و تواتر مصرف:

این دارو بصورت زیر جلدی تزریق می شود و دوز و تواتر مصرف بر اساس سطح سرمی تام IGE قبل از شروع درمان و وزن بدن - مندرج در جداول ضمیمه راهنمای ابلاغی - تعیین می شود.

در موارد کهیز مزمون خود بخودی، دوز این دارو به سطح IGE سرم بستگی ندارد و بصورت زیر جلدی ۳۰۰ میلی گرم، هر ۴ هفته یکبار تجویز می گردد که در صورت عدم حصول پاسخ کافی، با افزایش دوز تا ۶۰۰ میلی گرم یا کاهش فاصله تزریق (هر دو هفته) تجویز می گردد.



رونوشت:

انجمن محترم داروسازان استان فارس جهت استحضار به انضمام پیوست

ش.ش: ۷۸۰۶۶۲۹



شیراز- خیابان وصال محل کد پستی: ۱۴۲۹۷-۷۱۲۲۹-۷۱۶۴۵-۱۶۱ تلفن: ۰۷۱-۲۲۲۲۲۵۴۶۰-۷۱۶۴۵-۰۷۱

پست اکترونیک: <http://fr.ihio.gov.ir> وبسایت: <http://info.fr@ihio.gov.ir>