

مراحل انجام تلفیق دارویی :

قدم اول • گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن BPMH

• تهیه لیستی از کلیه داروهایی که بیمار در حال حاضر مصرف می کند از طریق شرح حال گیری از بیمار/همراه

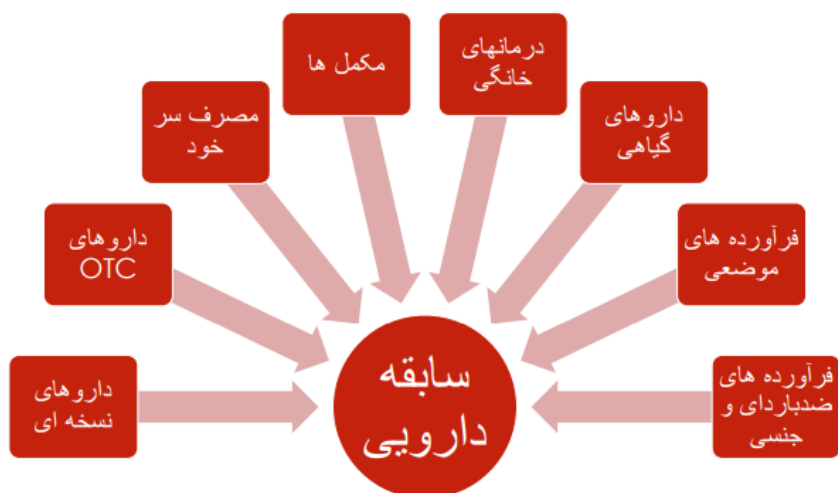
قدم دوم • بررسی صحت شرح حال اخذ شده از طریق مقایسه با منبع ثانویه
• بررسی مستندات همراه بیمار و یا سایر افراد مرتبط

قدم سوم • تلفیق بهترین شرح حال دارویی ممکن با داروهای فعلی بیمار
• مقایسه داروهای تجویزی با سابقه دارویی بیمار

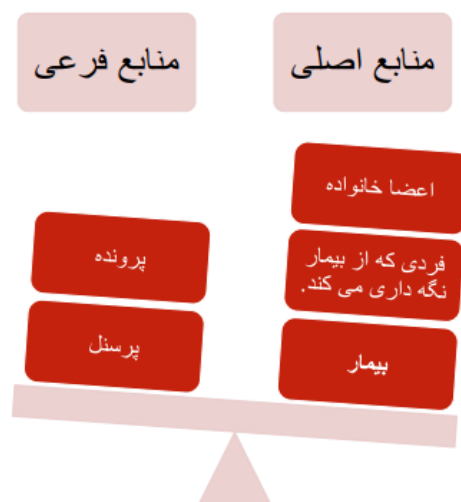
• مشخص کردن موارد عدم تطبیق جهت مشاهده پزشک معالج

قدم چهارم • ارائه اطلاعات دقیق دارویی مرتبط با داروهای بیمار • مشخص کردن دالیل جایگزینی و قطع داروها برای پزشک، بیمار و کادر درمان

گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن (BPMH)



گرفتن بهترین شرح حال دارویی ممکن (BPMH)



بررسی صحت شرح حال اخذ شده شرح حال دارویی باید با بیش از یکی از منابع ذیل مقایسه و صحت آن بررسی گردد:

صحبت با پزشک/داروساز/پرستار قبلی بیمار

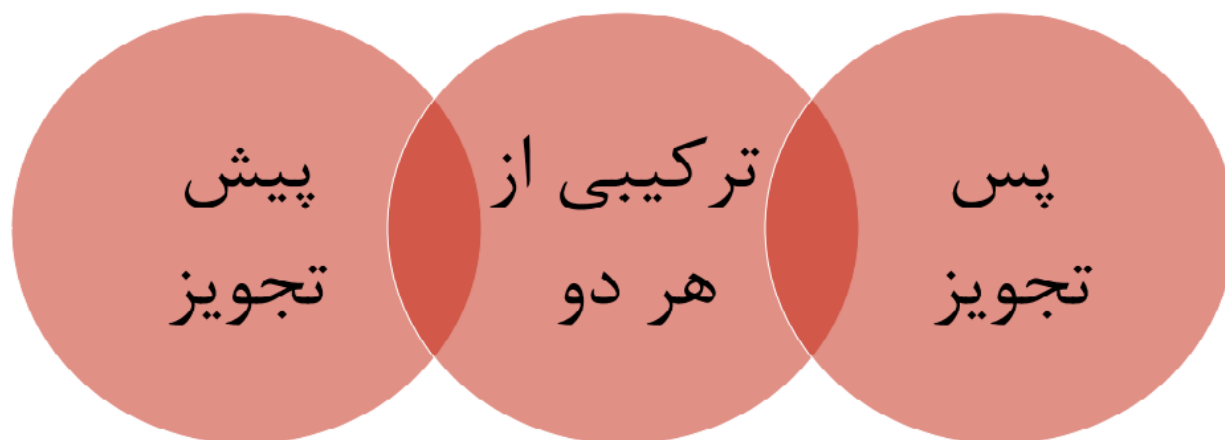
بررسی قوطی و ورق دارو همراه بیمار

لیست داروهای منزل بیمار

بررسی دفترچه بیمه بیمار

پرونده قبلی بیمار

تلفیق دارویی در زمان بستری



 <p>بنادگاه ملی بهداشت و آموزش پزشکی سازمان نظام پزشکی وزارت بهداشت و درمان</p>		<p>خلاصه شرح حال بیمار:</p> <p>شکایت اصلی بیمار:</p> <p>سابقه بیماری و عمل جراحی:</p>	
<p>فهرست داروهای تجویز شده در پرونده در زمان پذیرش / انتقال / ترخیص:</p> <p>۱. _____</p> <p>۲. _____</p> <p>۳. _____</p> <p>۴. _____</p> <p>۵. _____</p> <p>۶. _____</p> <p>۷. _____</p> <p>۸. _____</p> <p>۹. _____</p> <p>۱۰. _____</p>			
<p>جدول خلاصه آخرین تغییرات داروهای مصرفی نسبت به داروهای پیش از پذیرش □ انتقال □ ترخیص ()</p>			
<p>داروهایی که مصرفشان تغییر یافته است (بالاتر مقدار مصرف):</p> <p>۱. _____</p> <p>۲. _____</p> <p>۳. _____</p> <p>۴. _____</p> <p>۵. _____</p> <p>۶. _____</p> <p>۷. _____</p>		<p>داروهایی که مصرفشان اضافه یافته است:</p> <p>۱. _____</p> <p>۲. _____</p> <p>۳. _____</p> <p>۴. _____</p> <p>۵. _____</p> <p>۶. _____</p> <p>۷. _____</p>	
<p>داروهایی که قطع شده اند:</p> <p>۱. _____</p> <p>۲. _____</p> <p>۳. _____</p> <p>۴. _____</p> <p>۵. _____</p> <p>۶. _____</p> <p>۷. _____</p>		<p>داروهایی که شروع شده اند (بالاتر مقدار مصرف):</p> <p>۱. _____</p> <p>۲. _____</p> <p>۳. _____</p> <p>۴. _____</p> <p>۵. _____</p> <p>۶. _____</p> <p>۷. _____</p>	
<p>تاریخ: _____ مهر و امضاء: پزشک معالج</p>		<p>تاریخ و ساعت تکمیل فرم: _____ مهر و امضاء: داروساز</p>	