

### معاونین محترم غذا و دارو دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی سراسر کشور

موضوع: دستور العمل توزیع انسولین های قلمی ( لانتوس، آبازاگلار، توجتو، لومیر، اپیدرا، نوورپید، نوومیکس ) ( لانتوس، آبازاگلار، توجتو، لومیر، اپیدرا، نوورپید، نوومیکس )

با سلام و احترام؛

پیرو نامه شماره ۶۶۵/۷۸۱۳۹ مورخ ۱۳۹۸/۰۹/۰۵ در خصوص نحوه توزیع قلم های انسولین ( لانتوس، آبازاگلار، توجتو، لومیر، اپیدرا، نوورپید، نوومیکس ) و به منظور کنترل و پایش بازار و تامین بموقع داروی مورد نیاز بیماران دیابتی و جلوگیری از قاچاق و خروج دارو، خواهشمند است به کلیه داروخانه های توزیع کننده قلم های مذکور ابلاغ فرمایید از ابتدای بهمن ماه ۱۳۹۸ مطابق با دستورالعمل ذیل دارو در اختیار بیماران قرارگیرد:

۱- برای بیماران دارای یکی از بیمه های پایه (سلامت، تامین اجتماعی، نیروهای مسلح و کمیته امداد) و یا سایر بیمه ها ( بانکها و صدا و سیما و...) مسئولین فنی داروخانه ها موظفند بعد از تایید در سامانه بیمه، تحویل دارو به بیمار با احتساب بیمه صورت گیرد، و فروش آزاد به این دسته از بیماران ممنوع می باشد.

۲- در خصوص بیماران فاقد بیمه های مذکور و دارای نسخ آزاد و یا اتباع خارجی مقیم ایران، بعد از ارائه نسخه تجویز شده توسط پزشک فوق تخصص غدد، متخصص اطفال و یا متخصص داخلی و مدارک و یا آزمایش ها دال بر دارا بودن بیماری دیابت و تایید توسط معاونت غذا و دارو مربوطه، معرفی نامه با اعتبار پنج ماهه و دریافت دارو بصورت ماهانه مطابق با فرم پیوست صادر می گردد. ضمناً داروخانه تحویل دهنده در هر ماه مکلف به انجام ثبت تاریخ تحویل دارو و مهر داروخانه بر روی معرفی نامه بوده و سایر داروخانه ها مجاز به تحویل دارو در این ماه به بیمار نمی باشند.

ضمناً با توجه به هماهنگی بعمل آمده با سازمان بیمه تامین اجتماعی، در آینده نزدیک کلیه نسخ آزاد بصورت تحت وب در سامانه بیمه تامین اجتماعی ثبت می گردد.

داروخانه ها ملزم به ثبت اطلاعات بیمار در نرم افزار داروخانه و ارائه گزارش ماهانه میزان توزیع به بیماران در پایان هرماه یا داشتن نام و نام خانوادگی بیمار، کد ملی بیمار، تعداد، پزشک معالج و شماره موبایل بیمار به معاونت غذا و دارو دانشگاه مربوطه می باشند.

دکتر هلا محسن مهر علیان  
مدیر کل امور دارو و مواد تحت کنترل

## بنام خدا

### معرفی نامه تحویل داروی انسولین قلمی به بیماران دارای نسخ آزاد

بدینوسیله آقا/ خانم ..... با کدملی ..... و شماره همراه ..... با توجه به مستندات و بررسی های بعمل آمده و براساس نسخه تجویزی آقای دکتر/خانم دکتر ..... متخصص / فوق تخصص ..... جهت تحویل داروی ..... و ..... معرفی می گردد.

داروخانه تحویل دهنده دارو مکلف است پس از ثبت اطلاعات کامل بیمار در برنامه داخلی داروخانه و تحویل دارو به بیمار، اطلاعات جدول را تایید نموده و پس از تحویل دارو در همان ماه در سایر داروخانه ها ممنوع می باشد.

سهمیه ماه	تعداد و نوع قلم		تاریخ تحویل	امضاء مسئول فنی و مهر داروخانه
	انسولین 1	انسولین 2		
بهمن ماه 98				
اسفند ماه 98				
فروردین ماه 99				
اردیبهشت 99				
خرداد 99				

معاون غذا و داروی دانشگاه علوم پزشکی.....