



الهيئة العامة للتأمين الصحي
الإدارة المركزية للتأمين الطبي والصيدليات

مقدمة

تشرف الإدارة المركزية للتأمين الطبي والصيدليات بالهيئة العامة للتأمين الصحي بإعداد قائمة الأدوية الأساسية وإجراءات وبروتوكولات تداولها بالهيئة لعام ٢٠١٩ حيث صدرت الطبعة الأولى عام ١٩٦٦ وتوالى صدور الطبعات التالية خلال السنوات الماضية . وتعتبر تلك القائمة مع الدليل مرجعاً يضم جميع البروتوكولات والقرارات والقواعد والتعليمات المنظمة الصادرة من الهيئة وهو دليل الطبيب والصيدلي المعين والمتعاقد مع التأمين الصحي للتعامل مع الأدوية المصرح بوصفها تنفيذاً لقوانين التأمين الصحي .

" أملين من الله أن يكون نافعاً ومعيناً لهم لأداء خدمة طبية متميزة لصالح منتفعي التأمين الصحي "

إعداد	مراجعة	يعتمد
د/ منيرة حسين	د/ ليلي السيد على	السيدة الدكتورة
د/ ناهد عبد الرحيم		رئيس مجلس الإدارة
د/ حنان العليمي		د/ سهير عبد الحميد
د/ أحمد سعودي		
د/ مروة عباس		
د/ مروة حلمي		
د/ رحاب محمد		
ك/ سناء يوسف		

تاريخ الإصدار
٢٠١٩/١/١

أنظمة الإنتفاع بالخدمات التأمينية

نظام العلاج التأميني الإجتماعي (طبقاً لقانون التأمين الإجتماعي رقم ٧٩ لسنة ١٩٧٥ وتعديلاته) لا يجوز تحميل المؤمن عليهم أي نصيب في نفقات التأمين إلا فيما يرد به نص خاص ويشمل هذا النظام :-

* تأمين إصابات العمل (الباب الرابع)

* تأمين المرض (الباب الخامس): و تسري أحكامه على:

-العاملون المدنيون بالجهاز الإداري للدولة و الهيئات العامة و المؤسسات العامة

و الوحدات العامة و الوحدات الإقتصادية التابعة لأي من هذه الجهات و غيرها من الوحدات الإقتصادية بالقطاع العام (مادة ٢ من القانون)

- العاملين لدى أصحاب الأعمال (القطاع الخاص) (مادة ٧٣ من القانون).

- أصحاب المعاشات (مادة ٧٤ من القانون).

- الأراامل (طبقاً لقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١ لسنة ١٩٨١)

- أسر المؤمن عليهم و أصحاب المعاشات من مواطني محافظة الإسكندرية (طبقاً لقرار رئيس مجلس الوزراء رقم ١٠ لسنة ١٩٨١)

- نظام التأمين الصحي على طلاب المدارس (القانون ٩٩ لسنة ١٩٩٢ المعدل بقانون رقم ٣ لسنة

(٢٠١٧)

- يسدد الطالب ثلث ثمن الدواء بدون حد أقصى عدا الأمراض المزمنة المحددة فيصرف لها الدواء مجاناً

- نظام التأمين الصحي على الأطفال دون السن المدرسي (قرار وزير الصحة والسكان رقم ٣٨٠ لسنة

١٩٩٧ ، مرسوم بقانون رقم ٨٦ لسنة ٢٠١٢ المعدل بقانون رقم ٣ لسنة ٢٠١٧)

- مساهمة ولي أمر الطفل في ثمن الدواء الذي يصرّف خارج المستشفى على غرار ما أتبع في نظام

التأمين الصحي على الطلاب

- نظام التأمين الصحي للمرأة المعيلة (قانون رقم ٢٣ لسنة ٢٠١٢)

القوانين واللوائح (القرارات) المنظمة للتعامل مع أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي

قانون رقم ١٠ لسنة ١٩٦٧

رئيس الجمهورية

بأسم الامة

قرر مجلس الأمة القانون الآتي نصه و قد أصدرناه:

مادة (١)

مع عدم الإخلال بأية عقوبة أشد ينص عليها في قانون آخر يعاقب بالحبس مدة لا تقل عن ثلاثة أشهر و بغرامة لا تقل عن مائة جنيه و لا تزيد عن خمسمائة جنيه أو بإحدى هاتين العقوبتين كل عامل في الهيئة العامة للتأمين الصحي أو أحد المتعاقدين معها من الأطباء و الصيادلة أو غيرهم سهل للمنتفع أو لغيره من تتولى الهيئة طبقاً لنظامها تقديم الرعاية الطبية إليه الحصول على أدوية بغير حق أو لا تتطلب الأحوال الطبية صرفها إليه ثم تصرف فيها إلى غيره هو ومن تصرف إليه.

- كما يعاقب بذات العقوبة كل من حصل على أدوية الهيئة بطريقة غير مشروعة ، و كل من تعامل في هذه الأدوية مع علمه بذلك . و يعتبر في حكم الدواء ما يصرف للمنتفع في سبيل علاجه و رعايته طبياً من أطراف صناعية أو أجهزة تعويضية أو أي شئ آخر.

- و في جميع الأحوال يحكم بمصادرة الدواء ، كما يحكم على مرتكب الجريمة بأن يؤدي إلى الهيئة العامة للتأمين الصحي ضعف ثمنه وقت ضبطه.

مادة (٢)

- ينشر هذا القانون في الجريدة الرسمية و يعمل به من تاريخ نشره.

- يبصم هذا القانون بخاتم الدولة و ينفذ كقانون من قوانينها.

أمثلة للمخالفات التي تدرج تحت طائلة القانون ١٠ لسنة ٦٧ (أو قوانين أشد مثل قانون العقوبات)

الأطباء:

- ١- إستغلال بيانات بعض المنتفعين (الإسم والكود) لتحرير تذاكر دون علم أصحابها.
- ٢- بيع دفاتر التذاكر الطبية أو جزء منها .
- ٣- تدوين تشخيص وهمي بهدف وصف أدوية لا تتطلب حالة المنتفع المرضية وصفها، لرفع القيمة المادية للتذكرة.
- ٤- تحرير التذكرة لعلاج شخص آخر خلاف المنتفع المدرج أسمه بها سواء أكان من المنتفعين بالتأمين الصحي أم من غير المنتفعين ، وسواء كان ذلك مجاملة أو بمقابل مادي.
- ٥- الإستيلاء على التذكرة الطبية مقابل إعطاء المنتفع أجازة بدون وجه حق.

الصيدالفة:

- ١- شراء التذاكر من أصحابها أو من وسيط بالثمن أو مقابل إضافة القيمة أو جزء منها لصالح المنتفع في حساب يخصه بالصيدلانية أو تسليمه بون بالقيمة أو جزء منها.
- ٢- إستبدال الأدوية الموصوفة بمستحضرات التجميل أو أدوية لعلاج شخص آخر.
- ٣- شراء أدوية تأمين صحي مختومة بأختام الهيئة أو صيدليات متعاقدة أخرى أو تواجد هذه الأدوية بالصيدلانية ، أياً كان مكان تواجدها ولو بحجة الإحتفاظ بها للصرف مجاناً .

المنتفع:

- ١- بيع التذاكر للصيدلانية مباشرة أو عن طريق وسيط بالثمن أو مقابل إضافة القيمة أو جزء منها لصالح المنتفع في حساب يخصه بالصيدلانية أو إستلامه بون بالقيمة أو جزء منها.
- ٢- إستبدال الأدوية الموصوفة بمستحضرات التجميل أو أدوية لعلاج شخص آخر.
- ٣- بيع الأدوية أو الأجهزة التعويضية المنصرفة لعلاجها .

العاملين بالهيئة:

- ١- التوسط لدى الطبيب لتحرير تذاكر طبية بأسماء يتضح أنها وهمية أو صحيحة بدون علم أصحابها .
- ٢- الإشتراك الجنائي مع الطبيب بتقديم بيانات المنتفعين له لتحرير تذاكر بأسمائهم دون علمهم وتزوير بيانات التسجيل بالعيادة .
- ٣- الإتفاق الجنائي مع الصيدليات المتعاقدة لبيع التذاكر لها .
- ٤- إستغلال ما قد يتركه الطبيب سهواً من تذاكر دون إستخدام .

أوامر إدارية

أمر إدارى رقم ١

يتم وصف الأدوية التي تصرف من الصيدليات التابعة للهيئة بالأسم العلمى وليس التجارى ويتم الإلتزام بصرف الدواء طبقاً لتعليمات دليل الأدوية للتأمين الصحى

أمر إدارى رقم ٢

تلاحظ قيام بعض السادة الإستشاريين بعدم الإلتزام بوصف الأدوية الواردة بدليل الأدوية للتأمين الصحى مما أدى إلى الإسراف فى وصف وصرف الأدوية من خارج الدليل مما يشكل عبئاً على موازنة الهيئة وتعريض المرضى لأثار جانبية خطيرة نتيجة هذا الإسراف لذا يتم اتخاذ اللازم فوراً نحو وقف هذا الإسراف وتنفيذ تعليمات الدليل التى لاتجيز للإستشارى وصف أدوية خارج الدليل والبروتوكولات المعتمدة لتنظيم وصف الأدوية بالهيئة إلا الحالات الحرجة فقط (Life Saving Drugs) وهذه الحالات يستلزم علاجها داخل المستشفيات لحاجتها للمتابعة المستمرة

أمر إدارى رقم ٣

تيسيراً على السادة المؤمن عليهم مرضى الفشل الكلوى الذين يقومون بإجراء غسيل كلوى متكرر يصير مناظرتهم مرة كل ثلاث شهور بمعرفة الأساتذة الإستشاريين حيث يتم تقييم الحالة ووصف العلاج اللازم لها أما تكرار هذا العلاج فيتم بمعرفة أقرب أخصائى لمحل إقامة المؤمن عليه شهرياً

أمر إدارى رقم ٤

عند وصف الأدوية يتم الإلتزام بوصف الدواء الوارد بالمناقصة المركزية للأدوية بالأسم العلمى

أمر إدارى رقم ٥

عند وصف أدوية لأمراض مزمنة يقتصر الوصف على الأدوية المعالجة للمرض المزمن فقط

تعليمات هامة للسادة الأطباء و الصيادلة

مستخدمى التذاكر الطبية

التذكرة الطبية :-

تعامل التذكرة الطبية معاملة الشيك (تتميز برقم مسلسل مطبوع و رقم مجموعة) ولذلك يجب تحرى الدقة فى تحريرها حتى تكون صالحة للصرف وطبقا للقواعد التفصيلية بدليل الأدوية وتعديلاته والتي تسهل للمنتفع الحصول على الدواء ولذلك فإن الهيئة أعدت نماذج مختلفة طبقاً لقانون الإنتفاع و كذلك سلطة الوصف وفى حالة عدم مراعاة الدقة فى تحريرها يترتب عليه عدم صرف التذكرة وعودة المنتفع للطبيب

محرر التذكرة لتعديلها

أنواع التذاكر الطبية المستخدمة :

- توجد تذاكر داخلية مخصصة فقط للصرف من صيدليات الهيئة المملوكة لمنتفعي كل قانون ، و مدون

عليها رقم القانون أو النظام ، كما توجد تذاكر للصرف الخارجى .

أولاً :- الإجراءات التي تتبع عند إستلام و إرجاع دفاتر التذاكر الطبية :

عند بدء الطبيب العمل بالهيئة يتقدم إلى مدير المنطقة المختصة بصورة بطاقة الرقم القومي + عدد ٢ أكلاشيه حجم صغير بالأسم و التخصص فقط ، و إذا رغب في توكيل أحد معاونيه كمندوب لإستلام الدفاتر فيحضر معه المندوب ببطاقة الرقم القومي .

- تقوم المنطقة بتحرير نموذج خاص (تصريح لطبيب بإستلام دفاتر تذاكر طبية) يدرج به كل البيانات الخاصة بالطبيب
(الاسم - نموذج توقيعه - بصمة الأكلاشيه - بيانات بطاقة الرقم القومي - عنوان وتليفون السكن - جهة العمل الأصلية - التخصص - نوع التعاقد و مكانه - تاريخ بدء العمل - نوع الدفاتر المصرح له بإستلامها و عددها - جهة تسليم الدفاتر - توقيع الطبيب بما يفيد صحة البيانات - وكذلك بيانات المندوب إن وجد و نموذج توقيعه إلخ)
- و يعتمد النموذج من مدير المنطقة و يحرر هذا النموذج بأرقام مسلسلثة سنوية و من أصل يحفظ طرف أمين المخزن و صورة ضوئية لكلٍ من (الموظف المكلف بختم التذاكر / المراجعة الفنية الصيدلانية / المراجعة الفنية الطبية / الاستحقاقات بالمنطقة)
- تلتزم المنطقة بإخطار نفس الجهات السابقة فور إنتهاء تكليف الطبيب بالعمل أو نقله لعمل آخر
- يتقدم الطبيب لأمين المخزن المختص لصرف التذاكر. وفي أول مرة يقوم بالتوقيع على الإقرار التالي الذى يحرر من أصل طرف أمين المخزن (و صورة ضوئية تسلّم للطبيب و أخرى للموظف المكلف بختم التذاكر و صورة طرف مدير المنطقة/العيادة)

الهيئة العامة للتأمين الصحي
الإقرار الذي يحرره الطبيب عند صرف دفاتر تذاكر طبية لأول مرة
نموذج (٢)
فرع : ----- المنطقة : مسلسل : التاريخ : / /
أسم الطبيب : ----- رقم وتاريخ الإخطار الوارد من المنطقة بالعمل :

أقر بالإلتزام التام بما يلي بالنسبة لدفاتر التذاكر الطبية الخاصة بالهيئة و التي تسلم لى حالياً و مستقبلاً كعهدة شخصية :-

- ١- أنني أعلم أنها دفاتر ذات قيمة و أنني مسئول عن المحافظة عليها من الضياع أو السرقة وغير مسموح للغير من الأطباء باستخدامها .
- ٢- أن أقوم فوراً بالإبلاغ عن فقد أي دفتر أو جزء منه أو كعب مستعمل فور علمي بذلك و أن يتم الإبلاغ للشرطة وكذلك إدارة المنطقة التابع لها و أن أتحمل كل ما يترتب على الفقد جنائياً و مالياً
- ٣- أنني أطلعت على القانون ١٠ لسنة ٦٧ و أستلمت نسخة من دليل الأدوية طبعة ٢٠١٩ و التعديلات التي صدرت له حتى آخر تعديل و أنه يتعين علي استخدام هذه الدفاتر فقط في الغرض التي خصصت من أجله و طبقاً للقواعد التفصيلية الموضحة بدليل الأدوية و تعديلاته ، و التي تسهل للمنتفع الحصول على الدواء و كذلك ضوابط ترشيد إستهلاك الدواء ، كما أقر بأنني أعلم أن إستخدام هذه التذاكر لوصف أدوية غير المنتفعيين هي مخالفة تدرج تحت طائلة القانون رقم (١٠) لسنة ٦٧
- ٤- ألتزم باستخدام الدفاتر طبقاً لتسلسل أرقام التذاكر و أن أتحقق قبل إعادة الكعوب أنه لا توجد تذاكر لم تستخدم ، و أن لا أطلب دفاتر جديدة إلا مقابل الكعوب المرتجعة و بها الصور كاملة العدد و واضحة البيانات و أن يكون عدد الدفاتر عهدتي ثابتاً طبقاً للمدون بالإقرار
- ٥- ألتزم برد كل ما لدي من دفاتر أو كعوب بمجرد إنتهاء تكليفي بالعمل الذي تسلمت الدفاتر من أجله
- ٦- أقر بعدم وجود أي دفاتر أو كعوب طرفي سبق إستلامها من أي جهة بالهيئة .
- ٧- الدفاتر المصرح لى بها هي عدد دفتر قانون

توقيع الطبيب بالإقرار بما ورد عاليه وإستلامه لنسخة من الإقرار -----
توقيع مسئول التذاكر الطبية الذي سيتولى الصرف -----
توقيع أمين المخزن الذي سيتولى الصرف -----

يعتمد ،،،،،

مدير الوحدة

يوقع الطبيب بإستلام الدفاتر (غير مختومة) من أمين المخزن على السجل المخصص لذلك كما هو موضح بالنموذج التالي :-

(نموذج رقم ٣٩٩ "ت٠ص")

الهيئة العامة للتأمين الصحي

فرع

المنطقة

مستشفى / عيادة سجل تسليم التذاكر الطبية

تاريخ التسليم	توقيع المستلم في المنطقة	تاريخ الإستلام	توقيع الطبيب	أسم الطبيب	من رقم إلى رقم	مسلسل

- علي الطبيب أو مندوبه مراجعة سلامة الدفاتر و صحة البيانات المسجلة بالسجل خاصة رقم المجموعة و الرقم المسلسل المطبوع و أن نوع الدفاتر و القانون هو الخاص به قبل التوقيع بإستلامها
- علي الطبيب أو مندوبه التوجه للموظف المختص بختم الدفاتر (المراجع) ، والذي يكون مقره بنفس المبنى المتواجد به المخزن، ليقوم الأخير بختم الدفاتر بختم شعار الجمهورية المخصص لهذا الغرض عهدته ، و يراعى الوضوح التام لبيانات الختم و تستخدم دائماً ختومات سليمة و حبر مناسب ، و على المراجع إعادة تسجيل بيانات الدفاتر في كارت يخصص لكل طبيب (أو صفحات مستقلة بسجل حرف ز) و تكون بيانات الكارت (أسم الطبيب و رقم الإخطار الوارد من المنطقة بالتصريح له بإستلام دفاتر ثم جدول يدون به نوع الدفاتر و القانون و رقم المجموعة و رقم أول تذكرة و تاريخ الختم و توقيع الطبيب أو المندوب بما يفيد ختم الدفاتر / تاريخ إرتجاع الكعب من واقع صورة الإستمارة ١١١ ع.ح. التي ترد إليه من أمين المخزن بإضافة الكعوب المرتجعة)
- و على الطبيب أو مندوبه التحقق من ختم كل التذاكر و التوقيع بما يفيد ذلك على السجل المشار إليه
- عند إنتهاء إستخدام الدفاتر ترتجع لنفس أمين المخزن ، و عليه التحقق أنها منصرفة من نفس المخزن و أنها لا تحتوي على صور تذاكر مفقودة أو أصول لم تستخدم غير ملغاة و على الطبيب التحقق من تسديد بيانات الإرتجاع المشار إليها عاليه بنفس سجل الإستلام ، و يوقع بما يفيد الإرتجاع للكعب .
- *لا يقوم أمين المخزن بصرف أكثر من دفتر من كل فئة في الدفعة الواحدة (فيما عدا المناطق النائية) و يقوم الطبيب بالتوقيع في السجل المخصص لذلك

ثانياً :- الإجراءات التي تتبع في حال فقد دفتر التذاكر الطبية أو جزء منه :-

دفتر التذاكر الطبية هو أحد الدفاتر المالية ذات القيمة و بعد ختمه يصبح مثل دفاتر الشيكات لذلك يجب المحافظة عليه بحرص ومراعاة إعداد أماكن مناسبة للحفاظ بالعيادات و عدم السماح للغير بتداوله أما إذا فقد الدفتر أو جزء منه فعلى الطبيب (أو أمين المخزن) أتباع الإجراءات الآتية :-

1. تقديم بلاغ عن الدفاتر التي فقدت وبياناتها (نوعها / القانون/ رقم المجموعة/ الرقم المسلسل / هل هي مختومة أم لا) و ظروف الفقد لقسم الشرطة المختص .
2. يقوم بإبلاغ رئاسته المباشرة و إدارة المنطقة التابع لها بالأمر مع إرفاق صورة من بلاغ الشرطة و تقوم المنطقة بدورها بعمل تحقيق داخلي و إبلاغ مدير الفرع و ذلك لإتخاذ كافة الإحتياجات اللازمة لمنع إستخدام الدفتر أو التذاكر المفقودة .
3. يتم إبلاغ قسم الصيدليات بالفرع في نفس اليوم برقم الدفتر أو الدفاتر أو التذاكر المفقودة ورقم المجموعة و نوع الدفتر و القانون و هل هي مختومة بشعار الجمهورية من عدمه ، و هل عليها إسم الطبيب أو الأكلاشيه الخاص به من عدمه ، و على رئيس قسم الصيدليات في نفس اليوم عمل نشرة بهذه البيانات ترسل لجميع الصيدليات المملوكة و المتعاقدة في الحدود الجغرافية لصرف هذه النوعية من التذاكر و ترسل مع مندوب أو أكثر بسركي خاص أو بخطابات مسجلة بعلم الوصول ، و ذلك بالإضافة إلي نشر إعلان في ثلاثة أعداد متتالية في جريدة رسمية. أو جريدتين يوميتين متى رأى مدير الفرع ما يبرر ذلك.
- وذلك لمصادرة ما قد يقدم منها للصيدليات للصرف و إبلاغ النيابة العامة لمباشرة التحقيق .
- و إتخاذ باقي الإجراءات القانونية . كما تبلغ نشرة لكل مكاتب المراجعة الفنية بالفرع لكي يقوم الصيدالة بالبحث عن أي تذكرة تكون قد صرفت من إحدى الصيدليات فعلاً . و تحصل كل مصاريف النشر من صاحب العهدة المسئول عن الفقد.
4. يجب على مدير المنطقة تشكيل لجنة فوراً (لا يكون صاحب الدفتر المفقود عضواً فيها) للبحث عن سبب الفقد و مدى الضرر الناتج عنه و السبب في تأخير التبليغ إن وجد ، و هل الفقد ناتج عن عمد أو إهمال أو قصور في تعليمات الهيئة أو وسائل المحافظة على الدفاتر ؟ و هل توجد دفاتر أخرى مفقودة لم يبلغ عنها ؟ و تقدم اللجنة تقريرها لمدير المنطقة الذي يحيله لمدير الفرع و عليه إتخاذ الإجراءات المناسبة التي يراها حيال المسئولين و إذا ظهر لمدير الفرع ما يدعو لإبلاغ النيابة العامة فعليه الإسراع في ذلك حتى لا يكون من وراء التأخير ضياع لبعض معالم الجريمة.
5. إذا إتضح من التحقيقات أن الفقد هو نتيجة سرقة أو إختلاس أو للتغطية على تلاعب ، ففي هذه الحالة تشكل لجنة لمراجعة أعمال الموظف المسئول أو صاحب العهدة و حصر ما قد يكتشف من دفاتر مفقودة لم يبلغ عنها ، و معرفة الطرق التي إتخذت في ارتكاب الحادث ، و معرفة الأسباب التي سهلت ارتكابه، و تقترح أنجح الطرق أو الوسائل لتلافي تكرار الحادث ، و يتم إيقاف المسئول عن العمل و تخطر النيابة العامة.

ثالثاً:- إجراءات التعامل مع المنتفع فى تحرير وصرف التذكرة الطبية

- التعامل مع المنتفع

١. التحقق من شخصية طالب الخدمة و صلاحية البطاقة العلاجية .

* على الطبيب التأكد من شخصية المنتفع قبل إجراء الكشف الطبى عليه وذلك بالإطلاع على البطاقة العلاجية الخاصة به المثبت عليها صورته والتي يجب أن تكون مختومة من الفرع كما يتم التأكد من تجديد البطاقة وأن جميع البيانات مدونة بها وعدم وجود صفحات منزوعة منها

- كما أن كاريهات الطلبة المثبت عليها الصورة يتم تجديدها سنوياً بختم ضاغط على ركن الكارنيه المخصص للعام الدراسى حتى لاتستخدم بعد ترك الطالب للدراسة كما أن بطاقات المواليد تجدد سنوياً بلصق طابع تأمين صحى فى المكان المخصص مع التأشير بالتجديد عليها من الجهة المختصة

*وعلى الصيدلى الصارف الإطلاع على البطاقة العلاجية للتحقق من شخصية المنتفع وصحة البيانات

٢. الإطلاع على البيانات العلاجية السابقة بالبطاقة

* على الطبيب قبل توقيع الكشف الطبى على المنتفع الإطلاع على البيانات العلاجية السابقة المدونة بالبطاقة قبل وصف أى علاج لتجنب حصول المنتفع على دواء لايزال لديه حيث يحصل محترفى التردد على أدوية متشابهة أكثر من مرة من أكثر من طبيب أو تكرار العلاج قبل الموعد المحدد له وأى مخالفة فى ذلك فإن الطبيب يتحمل قيمة أى أدوية توصف و تصرف للمنتفع بدون وجه حق

٣. توقيع الكشف الطبى على المنتفع

على الطبيب أن يراعى الدقة وطلب مايلزم من أبحاث معملية أو إشعاعية (حسب سلطة الطبيب) حتى يتم وصف الأدوية اللازمة للحالة دون زيادة أو إسراف مع عدم وصف أدوية متشابهة فى المفعول ويتم إثبات كافة البيانات (التشخيص و الفحوص المعملية والإشعاعية و تاريخ الكشف والعلاج الموصوف كاملاً وجرعاته ومدة إستعماله وتوقيع وأكلاشيه الطبيب) فى الصفحات المخصصة لذلك فى البطاقة .

٤. ضوابط تحرير التذكرة الطبية

١ - يستعمل القلم الجاف ولا يجوز إستخدام القلم الرصاص

٢ - يستخدم كربون ذو وجهين عند تحريرها وأن يكون المستعمل جيد وفى حالة عدم توافره يستعمل النوع العادى بعد أن يتم ثنيه ويجب التحقق من وضوح كل البيانات على صورة التذكرة التى تبقى بكعب الدفتر

٣ - يتم ختمها بخاتم شعار الجمهورية

٤ - إملأ بيانات الجزء العلوى من التذكرة باللغة العربية بخط واضح

أ- أسم العيادة

ب- أسم الطبيب

ج- تاريخ الكشف

د- رقم بطاقة التأمين الصحى

وعدم الدقة فى كتابة البيانات يعرض التذكرة للطعن فى صحتها وبالتالي تعتبر التذكرة مزورة مالم يتمكن محررها من إثبات خلاف ذلك

ذ- وكتابة التشخيص بخط واضح باللغة الإنجليزية و بدون رموز أو إختصارات .

- بالنسبة للعلاج الشهري إستخدام التعبيرات الواردة بالقرار (مع إمكانية إضافة أى إيضاحات أخرى للتشخيص بين قوسين) والهدف من ذلك هو أن يتمكن الصيدلى والمفتشين من مراجعة التشخيص المزمّن على القرارات المحددة للأمراض المزمنة لإكتشاف أى مخالفة للقرار أو تزوير يكون قد أضيف للحصول على أدوية بدون وجه حق .

٥- ختم الروشتة بأكلاشيه صغير بأسم وتخصص الطبيب دون أى بيانات أخرى وعدم وجود الأكلاشيه أو أسم الطبيب بخط واضح يمنع صرف التذكرة

٦- يسلم الأصل للمنتفع وتظل الصورة بكعب الدفتر

٧- عند الإلغاء يظل الأصل والصورة بكعب الدفتر مؤشراً عليها بالإلغاء

٨- تحفظ أصول الدفاتر الطبية بالعيادات امان خلاف عام العمل الحالى مالم تكن مطلوبة فى تحقيق أو فحص أعمال

* وعلى الصيدلى التحقق من صلاحية التذكرة وإستيفاءها لضوابط الصرف:

- تقديم التذكرة خلال مدة صلاحيتها (تاريخ الكشف لم يمر عليه أكثر من أربعة أيام)

- وجود خاتم شعار الجمهورية المختص بالهيئة

- وجود الرقم المسلسل المطبوع على التذكرة ورقم المجموعة (يمكن للطبيب إذا تمزق هذا الجزء من التذكرة عند نزعها من الدفتر كتابته باليد والتوقيع بجانبه (فى حالة عدم وجوده يمكن للطبيب كتابته والتوقيع بجواره)

- وجود التشخيص (طبقاً للتعليمات المنظمة)

- أكلاشيه بأسم الطبيب و تخصصه (فى المكان المخصص)

- توقيع الطبيب بنهاية التذكرة وبجوار أى تأشيريات أو تعديلات (و ليس الأكلاشيه)

- إستيفاء بيانات الجزء العلوي من التذكرة ومطابقتها لبيانات البطاقة العلاجية

- نوع التذكرة مطابق للقانون الخاضع له المنتفع (لنوع البطاقة العلاجية) لتحصيل المبلغ المطلوب.

- التذكرة صالحة للصرف لمدة ثلاثة أيام خلاف يوم تحريرها (بما فى ذلك تذاكر العلاج الشهري

و تكراره)

- التذكرة صالحة للصرف الخارجى طبقاً للتعليمات و القواعد التى يضعها الفرع (بالنسبة للصيدليات المتعاقدة)

ملحوظات هامة يجب مراعاتها :-

* تاريخ الكشف:-

وأهميته أن التذكرة صالحة لمدة ٣ أيام خلاف يوم تحريرها ولكن في الأحوال التي لايمكن المنتفع من صرف التذكرة خلال المدة الموضحة بسبب نقص الدواء في السوق يجوز للمنتفع إذا أنقضت مدة صلاحية التذكرة الطبية للصرف للتقديم للطبيب محرر التذكرة أو لمدير العيادة خلال أسبوع من تحرير التذكرة العادية أو خمسة عشر يوماً من تحرير تذكرة علاج شهري أو تكراره إذا ماتحقق أن الحاجة للدواء مازالت قائمة طبقاً لقواعد التصويب الصحيحة التالية :-

- شطب التاريخ المنتهي كلياً
- كتابة التاريخ الجديد كاملاً أعلاه
- توقيع الطبيب محرر التذكرة بجوار التاريخ الجديد (أو توقيع مديرالعيادة وختم العيادة) ولايستخدم الأكلاشيه كبديل للتوقيع
- التأشير بالتاريخ الجديد بالبطاقة لمراعاة ذلك عند وصف العلاج في المرة التالية

تصبح التذكرة بعدها سارية المفعول لأربعة أيام آخري (تلغى بعدها)

ملحوظة :-

* لايجوز استخدام ختم للتاريخ حيث أنه لن يظهر على خلفية أو صورة التذكرة وأي تعديل للتاريخ بخلاف هذا يمنع صرف التذكرة

* لايجوز على الإطلاق إستخراج تذكرة بدل فاقد لأي سبب كان ولكن يجوز إستخراج تذكرة بدل تالف و إذا قدمت التذكرة التالفة خلال مدة صلاحيتها يتم تمزيق الجزء السفلي من التذكرة الملغاه وترفق باقى التذكرة بصورة التذكرة الجديدة بالدفتر و يؤشر عليها بدل تالف

وصف الأدوية اللازمة لحالة المريض مع الإلتزام بالتعليمات كما يلي :-

* يجب على الأطباء الإلتزام بوصف الأدوية بالأسم العلمي (الكيميائي) طالما كان الدواء يحتوى على مادة فعالة أساسية واحدة أو مادتين فعاليتين على الأكثر وطالما يوجد أكثر من دواء تجارى بنفس التركيب الكيميائي والتركيز وفى غير ذلك يمكن وصف الدواء بالأسم التجارى ويراعى فى وصف الأدوية أختيار الدواء الأقل سعراً مادام يؤدي الغرض المطلوب بنفس الكفاءة وتراعى البروتوكولات والأوامر الإدارية الصادرة عن الهيئة لعلاج بعض الأمراض أو إستخدام بعض الأدوية ولايتم وصف أدوية خارج التشخيص المدون أو خارج تخصص الطبيب المعالج أو أدوية متشابهة المفعول

* يتم كتابة الأدوية باللغة الإنجليزية مع توضيح مايلي :-

- الشكل الدوائى والجرعة اليومية وموعدها والمدة المحددة للعلاج
- التركيز (وفى حال عدم توضيح التركيز يتم صرف أقل تركيز)
- الإلتزام بالكتابة بين الأسطر فى الخانات المخصصة للطبيب وعدم الكتابة فى الخانات المخصصة للسعر بمعرفة الصيدلى لتسهيل مراجعة التذكرة .

* وضع خط نهاية التذكرة و تفقيط عدد الأدوية بالحروف (مثلاً Three items)

* التوقيع فى الخانة المخصصة لتوقيع الطبيب و ليس الأكلاشيه وكذلك التوقيع بجوار أى تعديل أو تصويب و بجوار التأشيرات (مثل زيارة منزلية - ملازم الفراش - تكرار علاج ٠٠٠٠)

* أكلاشيه (باسم الطبيب و تخصصه فقط) و يوضع فى المكان المخصص ومرة واحدة فقط

تسليم التذكرة للمنتفع

يسلم المنتفع التذكرة من الأصل فقط ويراعى عند نزاعها من دفتر عدم تمزيق الجزء الذى يحتوى على الرقم المسلسل ورقم المجموعة وهو الأمر الذى يمنع صرف التذكرة فإذا حدث ذلك عفواً يتم كتابته باليد على أصل التذكرة مع التوقيع بجواره .
وعلى الصيدلى التحقق من مطابقة الأدوية الموصوفة للتعليمات و أهمها :

- مطابقة لسلطة الوصف مع مراعاة دليل الطلبة والمواليد
- مطابقة العدد وكمية كل صنف لتعليمات وصف الدواء
- علاج (أو تكرار علاج) لمدة < أسبوع يراجع التشخيص (ليكون من بين الأمراض المزمناة المحددة)
- وصف أكثر من ٣ أصناف يراجع التشخيص (ليكون لأكثر من تشخيص من التشخيصات المزمناة المحددة)
- كتابة الجرعة اليومية و مدة استعمال كل صنف على حدة مدونة لإمكان حساب الكمية المطلوبه.

الحالات التى لايجوز فيها تحرير التذكرة الطبية

- عدم وجود البطاقة العلاجية المثبت عليها الصورة والمختومة بخاتم الهيئة مع المنتفع أو عدم صلاحيتها
- عدم وجود خاتم شعار الجمهورية على أصل التذكرة
- عدم وجود رقم المجموعة مع / أو رقم التذكرة المسلسل
- تحرير التذكرة على نموذج يخص قانون يخالف القانون الخاضع له المنتفع
- تحرير تذكرة على دفتر يخص طبيب آخر
- تحرير تذكرة طلاب بتشخيص مرض غير مزمن على نموذج التذاكر المجانية الخاصة بالأمراض المزمناة للطلاب

وصف الدواء

يقتصر وصف الأدوية المدرجة بدليل أدوية الهيئة نوعاً وعداداً وكماً تبعاً للقواعد المنظمة لصرف الأدوية كالآتي :-

- ١- أصناف توصف بمعرفة الطبيب الممارس والأخصائي والإستشاري ، ويرمز بجانبها بالرمز Gp.
- ٢- أصناف توصف بمعرفة الطبيب الأخصائي والإستشاري ويرمز بجانبها بالرمز Sp.
- ٣- أصناف توصف بمعرفة الطبيب الإستشاري فقط ويرمز بجانبها بالرمز Con.

طريقة الوصف	سلطة الوصف	الفئة	الرمز
نوعاً	<u>الممارس</u> (يلتزم بوصف الأدوية المحددة للممارس)	الكبار الطلبة مواليد	Gp.
كماً	بحد أقصى في الزيارة الواحدة بما يكفى علاج أربعة أيام طبقاً للجرعة اليومية التي يحددها الطبيب في حالة الربو الشعبي وضغط الدم يحق له كتابة مايكفى علاج أسبوع وبالنسبة للمواليد فإن الحد الأقصى هو مايكفى علاج خمسة أيام		
عداداً	بحد أقصى حتى ثلاثة أصناف في الزيارة الواحدة		
نوعاً	<u>الأخصائي</u> يلتزم بوصف الأدوية المحددة للأخصائي بالإضافة للأدوية المحددة للممارس	الكبار الطلبة مواليد	Sp.
كماً	بحد أقصى في الزيارة الواحدة بما يكفى علاج أسبوع طبقاً للجرعة اليومية التي يحددها الطبيب حتى ولو أدى ذلك لوصف أكثر من عبوة وبالنسبة للمواليد فإن الحد الأقصى هو مايكفى علاج خمسة أيام أما في حالة الأمراض المزمنة المحددة فيما بعد والتي أستقرت علاجياً فإنه يمكن للأخصائي وصف علاج في الزيارة الواحدة لمدة حدها الأقصى شهرين طبقاً لمدى إستقرار الحالة		
عداداً	بحد أقصى حتى ثلاثة أصناف في الزيارة الواحدة للكبار والمواليد والطلبة أما إذا كان التشخيص لأكثر من مرض مزمن فيمكن لأخصائي واحد أو أكثر وصف لغاية ستة أصناف في الزيارة الواحدة (مع مراعاة أن للكبار جدول للأمراض المزمنة وللطلبة جدول آخر)		
نوعاً	<u>الإستشاري</u> وله الحق في وصف جميع الأدوية المدرجة بالدليل ولايجوز له بالخروج عنها إلا في الحالات الحرجة التي ترفق بها التحاليل الطبية وبموافقة اللجنة العليا للدواء (على ألا يكون من مجموعة الفيتامينات أو الأدوية التي تحتوى على حبوب اللقاح أو غذاء ملكات النحل ٠٠٠٠٠) وأن يكون مسجلاً بوزارة الصحة ومدون بالعبوة ذلك وأن يكون مسعراً جبرياً	الكبار الطلبة مواليد	Con.
كماً - عداداً	كماً وعداداً مثل الأخصائي		
	- أطباء الأسنان يصرح لهم بوصف أدوية الممارس فقط ، فيما عدا الحاصلين علي دبلوم أو ماجستير تخصص علي الأقل ويعاملون بهذه الصفة بالهيئة فيجوز لهم وصف أدوية الأخصائي ويحدد مدير الشئون الطبية المختص بكل فرع .	الكبار الطلبة مواليد	Gp. Sp.

لجنة تنسيق العلاج :

تشكل لجنة لكل عيادة برئاسة مدير العيادة و عضوية صيدلى العيادة و الأخصائيين حسب الحالات المرضية المعروضة على اللجنة كالتى :

- الحالات التي تعاني من أكثر من مرض مزمن .
- الحالات التي تحتاج لوصف فيتامينات.

وتقوم اللجنة بتجميع الأدوية الخاصة بالحالات المزمنة التي تعاني من أكثر من مرض مزمن حيث تتأكد من عدم تكرار وصف الدواء والتأكد من عدم وجود تفاعلات دوائية بين الأدوية الموصوفة على أن تجتمع اللجنة بكامل تشكيلها و يكون قرارها بالأغلبية

مجموعات أدوية خاصة وهى:-

- المسكنات وخافضات الحرارة

- الأدوية الباسطة للمعضلات

يراعى عند وصف أدوية من المجموعات السابقة بمعرفة أخصائى أو إستشارى لعلاج الأمراض المزمنة فإنه يصرح فقط بوصف علاج فى دفعة واحدة و بشكل صيدلى واحد (سواءً كان مرهم أو حقن أو أقراص) بحد أقصى عشرة أيام

- تصرف الأدوية لمدة شهر فى حالات الأمراض الآتية :-

* الأمراض المناعية والروماتيزم

* ارتفاع الكوليستيرول

* الدوالى

* الأوعية الدموية الطرفية والمركزية

ولايجوز وصف أكثر من دواء واحد من كل مجموعة فى شكل صيدلى واحد

الأمراض المزمنة

- ١- بالنسبة للمنتفعين بقانون ٧٩ والتي يشار إليها إجمالاً بالكبار وهو ماجاء بالمادة الثالثة من قرار رئيس مجلس الإدارة رقم ١٩٦٦ لسنة ٢٠٠١
- ٢- الأمراض المزمنة بقرار وزير الصحة رقم ٣٢١ لسنة ١٩٩٢ وتعديلاته بالنسبة للطلاب .
و التي إستقرت علاجياً

أولاً :- قوائم الأمراض المزمنة المحددة بالنسبة للمنتفعين بقانون رقم ٧٩

Name of Diseases	أسم المرض
1- All Types Of Malignant Diseases	١- الأمراض الخبيثة بجميع أجزاء الجسم
2-Pulmonary & Extra Pulmonary T.B.	٢- الدرن بأنواعه
3- Chronic Blood Diseases	٣- أمراض الدم المزمنة
polycythaemia	مرض تزايد كرات الدم الحمراء
-Leukemia	- اللوكيميا
- Chronic Anemia	- الأنيميا المزمنة
-Pernicious Anemia	- الأنيميا الخبيثة
-Thrombocytopenia	- نقص صفائح الدم
-Hemophilia	- الهيموفيليا
4-Cardiac & Vascular Diseases	٤- أمراض الجهاز الدوري والقلب ومضاعفاتها
- Hypertension	-ارتفاع ضغط الدم المزمن
-Cardiac Diseases	-أمراض القلب المزمنة ومضاعفاتها و أمراض القلب الخلقية ومضاعفاتها
-Coronary Artery Diseases	- أمراض الشرايين التاجية ومضاعفاتها
-Peripheral Vascular Diseases	- التهاب وإنسداد الأوعية الدموية ومضاعفاتها
-Raynaud's Disease	- مرض رينودز
- Buerger's Disease	- مرض بيرجر
5-Gastro-Intestinal Diseases	٥-أمراض الجهاز الهضمي
-Esophageal Varices and Its Complications	- تمدد أوردة المرئ ومضاعفاتها
-Peptic & Duodenal Ulcer	- قرحة المعدة والإثني عشر
- Chronic Peritonitis	- الإلتهاب البريتوني المزمن
-Splenomegaly	-تضخم الطحال المصحوب بمضاعفات خطيرة
- Chronic Liver Diseases	-أمراض الكبد المصحوبة باختلال وظائف الكبد
-Jaundice	-اليرقان بأنواعه
-Chronic Relapsing Pancreatitis	-التهاب البنكرياس المزمن
- Ulcerative Colitis	- إلتهاب القولون المتقرح
6- Chronic Urogenital Diseases	٦-أمراض الجهاز البولي والتناسلي
-Chronic Nephritis	- الإلتهاب الكلوي المزمن
-Renal Failure	-هبوط كفاءة الكلبيتين
-Chronic Uterine Bleeding	-النزيف الرحمي المزمن
7-Skeletal Diseases	٧-أمراض الجهاز الحركي و الجهاز الضام المزمنة
-Rheumatoid & Like Diseases	- مرض روماتويد و الأمراض المماثلة
-Rheumatic Fever	- مرض الحمى الروماتزمية
-Spondylitis	- مرض تآكل الفقرات
-Spondylosis Ankylosing Spondylitis	- تيبس مفاصل العمود الفقري
-Myopathies	- أمراض ضمور العضلات
-Chronic Disc Prolapse	- الإنزلاق الغضروفي المزمن
-Chronic Osteomyelitis	- إلتهاب العظام المزمن

Name of Diseases	أسم المرض
8-Chronic Neurological Diseases	٨-أمراض الجهاز العصبي المزمنة
-Epilepsy	- الصرع بأنوعه
-Organic Paralysis	- الشلل العضوي
- Chronic Neurological Organic Diseases	-أمراض الجهاز العصبي العضوية المزمنة
- Chronic Psychiatric & Mental Diseases	- الأمراض النفسية والعقلية المزمنة
9-Chronic Respiratory Diseases	٩- أمراض الجهاز التنفسي المزمنة
-Bronchiectasis	- تمدد الشعب الهوائية
-Cystic Lung Diseases	- تكيسات الرئة
-Pleural Effusions	- الأنسكابات البلورية بأنواعها
-Emphysema	-الأمفزيما
10- Endocrine Lymph &Metabolic Diseases	١٠- أمراض الغدد الصماء والتمثيل الغذائي و الجهاز الليمفاوي
Chronic Sexual Organic Diseases	أمراض الغدد الجنسية فيما عدا العقم (فيرجع للبرتوكول المنظم لعلاجها)
-Thyrototoxicosis	- التسمم الدرقي
-Myxedema	- هبوط نشاط الغدة الدرقية
Diabetes mellitus & Its Complication	- مرض السكر ومضاعفاته
- Chronic Pituitary Diseases	-أمراض الغدة النخامية
-Chronic Parathyroid Diseases	-أمراض الغدد جارات الدرقية
-Lupus Erythematosus	- مرض القناع الأحمر المنتشر
- Gout	- مرض النقرس
- Hodgkin's Disease	- مرض هودجكين
-Elephantiasis	- داء الفيل
-Lymphadenopathy	- تضخم الغدد الليمفاوية لأسباب مزمنة
Chronic Supra-Renal Diseases	-أمراض غدد فوق الكلى
11- Chronic Skin disease	١١- الأمراض الجلدية المزمنة
-Chronic - Eczema	- الإكزيما المزمنة
-Chronic Neuro-Dermatitis	- الإكزيما العصبية
-Psoriasis	-الصدفية
-Lichen Planus	- مرض الحزاز البسيط (البنفسج)
-Pemphigus	-مرض داء الفقاع
- Vitiligo	- البهاق
-T.B. Skin	- الدرن الجلدي
-Systemic Sclerosis Mycosis Fungoidis	- سكليروديرما
- Behcet's Disease	- مرض بهجت
12- Chronic Eye Diseases	١٢-أمراض العيون المزمنة
- Chronic Myopic Degenerative Diseases	- أمراض تحلل الشبكية المزمنة
-Retinal Detachment	- انفصال الشبكية
-Chronic Iridocyclitis	-التهاب القرصي المزمن
-Chronic Glaucoma	- الجلوكوما المزمنة
-Chronic Optic Neuritis Diseases	- أمراض العصب البصري المزمنة
-Diabetic Retinopathy	- التهاب الشبكية في مرض السكر
13 - Leprosy	١٣ - الجذام

ثانياً: قائمة الأمراض المزمنة الخاصة بالطلاب المنوه عنها بقرار وزير الصحة رقم ٣٢١ لسنة ١٩٩٢

Name of Diseases	أسم المرض
All types of Malignant diseases & its complications	أولاً : الأورام الخبيثة بجميع أنواعها ومضاعفاتها بأى من أجزاء الجسم إذا ثبت تشخيصها بصفة قاطعة
All types of tuberculosis	ثانياً : الأمراض الدرنية بأنواعها
Chronic Organic mental diseases	ثالثاً : الأمراض العقلية العضوية المزمنة بعد ثبوتها بصفة قاطعة
Chronic haematological Diseases	رابعاً : أمراض الدم المزمنة
Hereditary anaemia	- الأنيما الوراثية
Thalassemia	• أنيميا البحر المتوسط
Sickle cell anaemia	• الأنيما المنجلية
Spherocytic anaemia	• الأنيما التكرورية
Glucose-6-phosphate dehydrogenase deficiency (G6PDD) (Favism)	• أنيميا الفول
Leukaemia	• اللوكيميا
Pernicious anaemia	• - الأنيما الخبيثة
Aplastic pancytopenia	- الأنيما الضمورية
Cyclic neutropenia	- نقص كرات الدم البيضاء الدوري
Coagulation disorders	- أمراض النزيف الوراثية
Hemophilia A,B,C	• الهيموفيليا أ ، ب ، ج
Thrombocytopenia	• العيوب الوظيفية بالصفائح الدموية
Malignant blood diseases	- سرطان الدم
Acute leukemia	• اللوكيميا الحادة
Chronic leukemia	• اللوكيميا المزمنة
Malignant lymphomas	- سرطان الغدد الليمفاوية
Hodgkin lymphomas	• الهودجكن
Non - Hodgkin lymphomas	• الغير هودجكن
Cardiovascular diseases & its complications	خامساً : أمراض القلب والأوعية الدموية ومضاعفاتها
Chronic hypertension	- ارتفاع ضغط الدم المزمن
Chronic heart diseases	- أمراض القلب المزمنة وتشمل
Rheumatic valvular diseases	• أمراض صمامات القلب الروماتيزمية
Congenital heart diseases	• العيوب الخلقية بالقلب
Chronic arrhythmia	• اختلال ضربات القلب المزمن
Cardiomyopathy	- أمراض عضلة القلب التحليلية (الأولية والثانوية)
Congestive heart failure due to chronic lung diseases or abnormalities in the thoracic cage	- هبوط البطين الأيمن للقلب الناتج من الأمراض المزمنة بالرئتين أو تشوهات القفص الصدري
Gastro-Intestinal Diseases	سادساً : أمراض الجهاز الهضمي وتشمل
Complications of esophageal varices	- مضاعفات تمدد أوردة المرئ
Chronic Peritonitis of different causes	- الإلتهاب البريتوني المزمن لأسباب مختلفة
All types of ascites	- الإستسقاء بأنواعه
Splenomegaly & its complications	- تضخم الطحال المصحوب بمضاعفات خطيرة
Chronic Hepatic diseases with disturbance of liver functions	- أمراض الكبد المزمنة المصحوبة باختلال وظائف الكبد
Ulcerative colitis	- إلتهاب القولون المتقرح
Congenital megacolon	- التضخم الخلقى للقولون
Congenital & acquired esophageal stenosis	- ضيق المرئ الخلقى و المكتسب

Name of Diseases	أسم المرض
Urological Diseases	سابعاً : أمراض الجهاز البولي و تشمل
Chronic glomerulonephritis & pyelonephritis	- التهاب الكلي و حوض الكلى
Reduction of kidney function to less than 50 % of normal	-هبوط كفاءة الكليتين المزمّن لأقل من ٥٠ % عن الطبيعي
Neurogenic bladder	-المثانة العصبية
Chronic diseases of locomotor system and connective tissue	ثامناً : أمراض الجهاز الحركي و الجهاز الضام المزمنة و تشمل
Chronic rheumatic diseases (collagen - vascular diseases)	- مجموعة الأمراض الروماتزمية المزمنة
Stiffness of the spine with neurological changes	-تيبس مفاصل العمود الفقري المصحوبة بتغيرات عصبية شديدة
Bone necrosis , chronic osteomyelitis	- نكروز العظام
Abnormalities of the spine & locomotor system	-تشوهات الجهاز الحركي و العمود الفقري
Hereditary & congenital myopathies	-أمراض العضلات الوراثية و الخلقية
Chronic Neurological Diseases	تاسعاً : أمراض الجهاز العصبي المزمنة و تشمل :
Brain tumors	-أورام المخ
All types of epilepsy	- الصرع بأنواعه
Organic neuropathy	- الشلل العضوي بالأطراف
Chronic chest Diseases	عاشراً : أمراض الجهاز التنفسي المزمنة
Complicated bronchiectasis	- تمدد الشعب الهوائية المصحوبة بمضاعفات
Lung cysts	- تكيسات الرئة
Lung abscess till cure	- الخراج الرئوي إلى أن يشفى
Emphysema	-الأمفيزيما
All types of pleural effusions till cure	- الأنسكاب البلوري بجميع أنواعه إلى أن يشفى
Bronchial asthma	-الربو الشعبي (مضافة بقرار وزير الصحة رقم ٨٩ لسنة ٩٦)
Endocrine &metabolic Diseases	حادي عشر : أمراض الغدد الصماء و التمثيل الغذائي
Chronic endocrine diseases	- أمراض الغدد الصماء المزمنة
Diabetes mellitus & its complications	-أمراض البول السكري ومضاعفاته
Elephantiasis	- داء الفيل
Metabolic diseases	- أمراض التمثيل الغذائي
Leukoderma	- البهاق (مضافة بقرار وزير الصحة رقم ٨٩ لسنة ٩٦)
Chronic Skin Diseases	ثاني عشر : الأمراض الجلدية المزمنة
Different types of generalized eczema	- الإكزيما المزمنة المنتشرة لأسباب مختلفة
Lichen planus	- مرض الحزاز البسيط (البنفسج)
Psoriasis	-الصدفية
Pemphigus	- مرض البمفيجوس (داء الفقاعات)
Chronic Ophthalmic Diseases	ثالث عشر : أمراض العيون المزمنة
Cataract till cure	- كاتاركت إلى أن يشفى
Chronic progressive Myopia	- أمراض تحلل الشبكية المزمنة (قصر النظر)
Retinal detachment till cure	- انفصال الشبكية إلى أن يشفى
Iritis, Iridocyclitis , ophthalmitis	-التهاب القرصي أو الهدبي أو المشيمي المزمّن
Chronic Glaucoma	- الجلوكوما المزمنة
Chronic Optic nerve disease	- أمراض العصب البصري المزمّن
Optic neuritis & edema	- التهاب أو تورم العصب البصري
Chronic coronial ulcers till cure	- القرحة المزمنة بالقرنية إلى أن تشفى
Retinitis & retinal hemorrhage	- التهاب الشبكية و الارتشاحات و الأنزفة الداخلية
Retinitis pigmentosa	- الضمور الشبكي التلوني
Leprosy	رابع عشر : الجذام
Sever complicated trauma or surgical operations that need long treatment (more than one month) till cure	خامس عشر : الإصابات الشديدة و مضاعفات العمليات الجراحية التي تتطلب علاجاً طويلاً خارج المستشفى (أكثر من شهر) إلى أن يشفى
Prolonged sever fevers associated with complications till cure	سادس عشر : الحميات الشديدة المصحوبة بمضاعفات إلى أن يشفى

إرشادات عامة للصيادلة

* صرف الدواء

يتم الصرف من أحد الجهات الآتية :-

- الصيدليات المملوكة للهيئة

- الصيدليات المتعاقدة في حالة عدم توفر الدواء أو بدائله في صيدليات الهيئة

في حالة عدم توفر الأدوية بالصيدلية يتم إتباع الإجراءات الآتية :-

يقوم الصيدلي بكتابة البدائل المتاحة من نفس المجموعة الدوائية علي ظهر التذكرة، ليعود بها المنتفع للطبيب محرر التذكرة (المتواجد بنفس مقر العيادة) لإختيار المناسب للحالة و تعديل التذكرة والتوقيع (و لا بد من توضيح البديل المصروف على التذكرة)

في حالة عدم توفر بديل مناسب أو رفض الطبيب البدائل المتاحة :-

- توضع دائرة حول الدواء الذي لم يصرف
- تحرير الدواء الناقص علي تذكرة (صرف من صيدليات خارج الهيئة)
- يؤشر بخط واضح تماماً برقم وتاريخ كلاً منهما على الأخرى مع إيضاح كافة البيانات الخاصة بإسم الطبيب محرر التذكرة الأصلية و تخصصه
- إرفاق صورة من التذكرة المستخرجة بالتذكرة الأصلية
- توقيع الصيدلي محرر التذكرة في المكان المخصص للتوقيع و كذلك وضع الأكلاشية الخاص بأسمه.

* يقوم شطب الصيدلية يومياً بمراجعة جميع صور التذاكر المستخرجة بمعرفة الصيدلية والتحقق من صحتها بمراجعة التذكرة الأصلية و التأشير على صور كعب الدفتر بما يفيد المطابقة ويعتبر الإخلال بهذه المراجعة من قبيل الإهمال الذي يستوجب المساءلة وإذا ثبت وجود أخطاء فيعتبر المسئول عن الشطب مشاركاً في المخالفة (لا يتم إعادة كعب هذه التذاكر للمخزن قبل مراجعتها و التأشير بما يفيد ذلك بمعرفة الشطب).

- يمكن للمنتفع صرف التذكرة المستخرجة من أي صيدلية مملوكة داخل نطاق الفرع أو من أي صيدلية متعاقدة داخل النطاق الجغرافي الذي يحدده الفرع.
- إذا لم يتوفر الدواء بـ ٣ صيدليات متعاقدة (ويثبت ذلك بأختامها خلف التذكرة) فإنه يجوز :-
- للمنتفع شراءه من أي صيدلية خارجية.
- ويتقدم لصيدلية العيادة التابع لها (خلال مدة إستخدام الدواء) و معه أصل التذكرة الخارجية + أصل الفاتورة + جميع علب الدواء .
- تقوم الصيدلية بمراجعة الدواء علي التذكرة والفاتورة و التأكد من صلاحية الدواء و ختم جميع العلب بخاتم الصيدلية و تدون إقرار على الفاتورة بالآتي : (روجع و الأدوية مطابقة للتذكرة و مسعرة جبرياً وصالحة للإستخدام) مع توقيع مدير الصيدلية والأكلاشية الخاص به .

تسعير التذكرة لتحديد المبلغ الذي يتحمله المنتفع ، و التأكد من تحصيل القيمة
- (لا يتم تحصيل اى رسوم مقابل صرف الدواء لجميع منتفعي التأمين الصحى ماعدا الحالات الغير مزمنة
لطلاب المدارس والرضع فيتم سداد ثلث قيمة العلاج الجبرية دون حد أقصى)
- إستيفاء بيانات الجزء السفلى من التذكرة من واقع بيانات بطاقة التأمين الصحى
- ختم الدواء وتسليمه للمنتفع (أدوية تأمين صحي محظور بيعها) و ختم التذكرة (تم الصرف) ويراعى
وضوح الأختام
علماً بأن عدم ختم الأدوية أو عدم وضوحه يعرض الصيدلي للمساءلة.

* العمل على تقديم أعلى خدمة صيدلية ممكنة من خلال :-

توعية المرضى (Patient Education) بالمعلومات الآتية:-

- شرح طريقة الإستعمال و الجرعات وحسن تغليف الدواء
- معلومات عن المرض.
- معلومات عن الدواء و تشمل:-
- ١. تفاعلات الأدوية مع بعضها البعض (Drug – Drug Interactions)
- ٢. تفاعلات الأدوية مع الغذاء (Drug – Food Interactions)
- ٣. الآثار الجانبية المحتمل حدوثها (Side Effects)
- ٤. الجرعات المستخدمة من الدواء و طريقة إستخدامه
- ٥. التغيرات الطبيعية التى تصاحب إستخدام بعض الأدوية مثل (تغير لون البول-غثيان ..إلخ)
- الرد على إستفسارات المرضى

تعليمات هامة :-

- تقرب الكميات المنصرفة لأقرب وحدة (أي حذف ما يقل عن نصف العبوة أو الشريط و إستكمال نصف العبوة أو أكثر لعبوة كاملة) ويؤشر بذلك فى البطاقة
- الأقراص المتوفرة فى شكل عبوات كبيرة (لعلاج الأمراض المزمنة مثل لانوكسين ١٠٠ قرص) وتزيد عن إحتياج المنتفع تصرف عبوات كاملة و يؤشر بذلك فى البطاقة (مع ختم الصيدلية) ليتم مراعاة ذلك طوال مدة توافر العلاج
- يقوم الصيدلى بعمل قائمة أسبوعية بالأصناف المتوفرة بالصيدلية بالاسم العلمى المكتوب على العبوة و كذلك بيان بالأدوية الموجودة بكميات غير كافية لعدم كتابة علاج شهرى منها بينما يكتب علاج أسبوع لحين توفير العلاج و يتم تعميمها على الأطباء

• في جميع حالات التكرار لابد من ملاحظة الآتي :-

- أن يوضح القائم بالتكرار: التشخيص كاملاً باللغة الإنجليزية و بدون إختصار أو رموز
ثم عبارة : تكرر (رقم التكرار) علاج د/ (اسم الطبيب الموصي بالتكرار) أخصائى/ إستشاري (تخصصه)
بالتوصية صـ (رقم الصفحة) بالبطاقة العلاجية (و رقم التذكرة المحررة أول مرة) بتاريخ.....
ويوقع القائم بالتكرار بجوارها و ترفق بها صورة تذكرة الأخصائى أو الإستشارى

-التأكد من عدم مرور المدة المحددة لإعادة العرض طبقاً لمدة أو عدد مرات التكرار الموصى بها .

- التأكد من عدم تأخر المريض عن موعد التكرار و يمكن التجاوز عن تأخير ١٠ أيام بحد أقصى على تاريخ
التوصية للأمراض المزمنة في ظروف حضور المنتفع بعد إجازة رسمية طويلة لتعطل العمل خلالها
بعيادات الهيئة أو ظروف خاصة لدي المنتفع منعه من الحضور
(التأشير بالتاريخ الجديد بالبطاقة لمراعاته المرة التالية) أما إذا تجاوز التأخير ١٠ أيام فلا بد من إعادة
العرض لإعادة تقييم الحالة و تقرير ما يلزم .

- التأكد من نفاذ العلاج المنصرف في الدفعة السابقة فقد تصرف عبوة ١٠٠ قرص بينما اللازم ٣٠ قرصاً
فلا يكرر و التعليمات للصيدلي بإيضاح العبوة المنصرفة في البطاقة مع ختم الصيدلية لتنبية الطبيب عند
التكرار التالى .

- يراعى الدقة في تنفيذ تأشيرة التكرار فقد يكون المطلوب تكرر أصناف معينة دون أخرى .
لا يجوز تكرر علاج لمدة أو بجرعة تخالف تعليمات صرف العلاج السابق ذكرها . ويعرض الأمر على
مدير العيادة لمراجعة الطبيب الموصي أو التوجيه بما يلزم .

حالات عدم صلاحية التذكرة الطبية للصرف

- عدم وجود خاتم شعار الجمهورية .
- عدم وجود رقم التذكرة المسلسل أو رقم المجموعة .
- عدم وجود أكلاشيه بأسم الطبيب وتخصصه (أو كتابته بشكل واضح)
- عدم وجود توقيع الطبيب بنهاية التذكرة أو بجوار أي تأشيريات أو تعديلات
- تحرير تذكرة على نموذج مخالف للنموذج الصحيح طبقاً للقانون الخاضع له المنتفع.
- تحرير تذكرة بتشخيص غير مزمّن على النموذج الخاص بالأمراض المزمنة
- وصف أدوية غير مصرح بها (خارج سلطة الوصف) مع مراعاة القواعد الموضحة بالدليل.
- وصف أو تكرار علاج شهري لغير الأمراض المزمنة المنصوص عنها تحديداً
- عدم وجود تشخيص أو كتابته بخلاف التعليمات المنظمة
- استخدام القلم الرصاص
- عدم وجود البطاقة التأمينية أو الكارنيه
- عدم وجود أسم المنتفع أو الرقم التأميني (أو عدم تطابق أسم المنتفع كليةً بين التذكرة والبطاقة)
- إنتهاء المدة المقررة لصرف التذكرة (ثلاثة أيام خلاف يوم تحريرها بما في ذلك العلاج الشهري)
- إنتهاء المدة المقررة لتكرار العلاج للأمراض المزمنة
- تصويب تاريخ الكشف بغير الطريقة الصحيحة .
- تحرير تذكرة لتكرار علاج الأخصائي أو الإستشاري مع عدم كتابة بيانات التكرار
- وجود كشط أو تلاعب في الأصناف أو الجرعات أو عدد العبوات مع عدم توقيع الطبيب بجانبها (لايمكن إستبدال التوقيع بالأكلاشية حيث لا يوضع الأكلاشية بالتذكرة سوى مرة واحدة وفي مكانه).
- أن يتقدم لصرف التذكرة شخص لا يجوز له ذلك طبقاً لقواعد الصرف
- تقديم تذكرة داخلية لاتصرف إلا من الصيدليات المملوكة لهيئة للصرف من الصيدليات المتعاقدة مع عدم وجود تعليمات بصرفها

الأخطاء الممكن حدوثها من بعض الأطباء والصيادلة وما يتبع حيالها من المراجعة الفنية

م	المخالفة	تعليمات للصيدلي	الغرامة الموقعة (الصرف بالخطأ)
أولاً : - الأخطاء المتعلقة بنوع التذكرة			
١	تحرير تذكرة لمنفعة مخالفة للقانون التابع له	عدم الصرف	يحصل الحد الأقصى لما يجب أن يسدده المنتفع مناصفة بين الطبيب والصيدلي
٢	تحرير تذكرة طلاب بتشخيص مرض غير مزمن على النموذج المجاني الخاص بالأمراض المزمنة للطلبة	عدم الصرف	يخصم المبلغ الواجب سداده للهيئة كذلك فرق مدة العلاج إذا تم وصفه لمدة شهر على الطبيب فقط
٣	تحرير تذكرة على دفتر تذاكر يخص طبيب آخر	تصرف	يتم إجراء التحقيق الإداري واتخاذ ما يلزم
ثانياً: الأخطاء والمخالفات المتعلقة بنقص بيانات التذكرة:			
٤	تحرير و صرف التذكرة مع عدم وجود رقم المجموعة أو الرقم المسلسل المطبوع على التذكرة و عدم كتابته بمعرفة الطبيب و التوقيع	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
٥	عدم وجود أكلاشيه باسم الطبيب وتخصصه أو عدم كتابة اسمه واضحاً على التذكرة	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
٦	تحرير التذكرة سهواً بدون تدوين أحد هذه البيانات (اسم العيادة / جهة العمل / تاريخ الكشف أو كتابته بأكلاشيه)	تصرف بعد التحقق من صحة التذكرة بالإطلاع على البطاقة العلاجية ويدون الصيدلي البيان الناقص بالجزء السفلي بالتذكرة بالإضافة للبيانات الخاصة به ويترك الجزء العلوي كما هو	تحصل غرامة ٢٥ قرش من الطبيب عن كل بند ناقص
٧	تحرير التذكرة بدون اسم المنتفع أو رقم التأمين الصحي	عدم الصرف وتعاد لمحرر التذكرة للإستيفاء	تحصل القيمة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
٨	تحرير و صرف التذكرة مع عدم وجود ختم شعار الجمهورية	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
٩	تحرير تذكرة بدون كتابة التشخيص (أو كتابته بخلاف التعليمات المنظمة)	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
١٠	تحرير تذكرة بدون توقيع الطبيب (لايجوز استخدام الأكلاشيه في مكان التوقيع كبديل عنه)	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي
١١	تحرير تذكرة مع عدم كتابة طريقة الإستعمال و الجرعة اليومية و مدة الإستعمال	تصرف بما يكفي علاج أربعة أيام للممارس وسبعة أيام للأخصائي و الإستشاري	تحصيل غرامة ٥٠ قرش من الطبيب محرر التذكرة
١٢	تحرير تذكرة مع عدم كتابة التركيز أو العبوة	تصرف بأقل تركيز و أقل عبوة	تحصيل غرامة ٥٠ قرش من الطبيب محرر التذكرة
١٣	تحرير تذكرة مع عدم توضيح عدد العبوات من الأصناف مثل (المراهم / الغسول / النقط ...)	صرف عبوة واحدة فقط	_____
١٤	تحرير تذكرة مع عدم تفقيط إجمالي عدد الأصناف كتابة	تصرف إذا تم التأكد من عدم وجود أصناف مضافة في حالة اكتشاف أصناف مضافة	تحصيل غرامة ٥٠ قرش من الطبيب خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلي

ثالثاً :- الإخطاء والمخالفات المتعلقة بتحرير بيانات أو تعديلها بإسلوب خطأ أو مخالف لتعليمات الهيئة			
م	المخالفة	تعليمات للصيدلي	الغرامة الموقعة (الصرف بالخطأ)
١٥	إستخدام القلم الرصاص فى تحرير التذكرة	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة مناصفة بين الطبيب والصيدلى
١٦	تحرير تذكرة بدون إستخدام كربون بوجهين أو ثنى ورقة الكربون	تصرف بعد التحقق من عدم وجود تلاعب بها	يحصل ٢٥ قرش غرامة من الطبيب
١٧	تحرير تذكرة بها أدوية خارج سلطة الوصف للطبيب	يصرف المثل المناسب من الدليل طبقاً لسلطة الوصف وإن لم يوجد مثل تعاد التذكرة لمحورها فى حالة الصرف بالخطأ	تحصيل غرامة ٥٠ قرش على الطبيب خصم قيمة الأدوية المخالفة مناصفة بين الطبيب والصيدلى
١٨	وصف أدوية بكميات تزيد عن التعليمات	تصرف بكميات حسب التعليمات فى حال الصرف بالخطأ	خصم قيمة الكميات الزائدة مناصفة بين الطبيب والصيدلى
١٩	تحرير تذكرة بها تصويب فى تاريخ الكشف	إذا كان التصويب بالطريقة الصحيحة وهى شطب التاريخ كاملاً وإعادة كتابته من جديد كاملاً مع التوقيع فإنه يمكن صرف التذكرة أما إذا كان التصويب بأية طريقة أخرى فلا يجوز الصرف فى حالة الصرف بالخطأ	خصم قيمة التذكرة على الصيدلي فقط (حيث يحتمل التعديل بمعرفة المنتفع)
٢٠	وصف أو تكرار علاج شهري للكبار لغير الأمراض المزمنة المنصوص عنها تحديداً	تعاد للطبيب لتصويب مدة العلاج	فى الحالة الوصف لأول مرة يخصم مايزيد عن علاج أسبوع مناصفة بين الطبيب والصيدلى وفى حالة التكرار تخصم القيمة بالكامل مناصفة بين الطبيب محرر التذكرة والصيدلى
٢١	وصف أكثر من دواء واحد من مجموعات (الأدوية المسكنة ومخفضات الحرارة /أدوية علاج الروماتيزم/ موسعات الأوعية الدموية الطرفية والمركزية /الأدوية الباسطة للمعضلات الإرادية/ مجموعة الأدوية المعالجة للدوالي/ مجموعة الأدوية المعالجة لارتفاع الكوليستيرول)	يصرف دواء واحد من كل مجموعة وفى شكل دوائي واحد	خصم قيمة الأصناف الزائدة مناصفة بين الطبيب والصيدلى

رابعاً :- الأخطاء والمخالفات المتعلقة بإجراءات صرف التذكرة

م	المخالفة	تعليمات للصيدلي	الغرامة الموقعة (الصرف بالخطأ)
٢٢	تقديم التذكرة للصرف بعد الموعد المحدد لصلاحيتها	عدم الصرف	خصم قيمة التذكرة على الصيدلي
٢٣	ضبط التذكرة أثناء التفتيش بالصيدلية بعد مغادرة المنتفع أو بالمراجعة الفنية بدون توقيع بالإستلام أو بدون تدوين السعر		خصم قيمة التذكرة بالكامل في الصيدليات المتعاقدة
٢٤	ضبط التذكرة أثناء التفتيش بالصيدلية بعد مغادرة المنتفع أو بالمراجعة الفنية بدون إستيفاء أحد أو كل البيانات التالية (تاريخ الإستلام - أسم المستلم - رقم التأمين الصحي للمنتفع بالكامل - رقم بطاقة الرقم القومي للمستلم - ختم الصيدلية الصارفة - توقيع الصيدلي)		خصم غرامة ٢٥ قرش على الصيدلي لكل بيان غير مستوفٍ
٢٥	تعديل السعر بعد صرف الدواء ، بدون اتباع القواعد الصحيحة لتعديله في حضور المنتفع و هي شطبه كاملاً و إعادة كتابته من جديد مع ذكر سبب التعديل و توقيع المستلم و الصيدلي		الغاء السعر المعدل
خامساً:- الأخطاء والمخالفات المتعلقة بصور التذاكر			
٢٦	أكتشاف تذاكر بيضاء بدون إلغاء بمعرفة المراجعة الفنية الطبية ضمن الكعب المرتجع (لا يدخل فيها باقي الدفتر الذي لم يستخدم لسبب ما) عند مراجعة الكعوب		غرامة عشرة جنيهاً عن كل تذكرة على الطبيب صاحب عهدة الدفتر
٢٧	وجود عجز في عدد الصور بالكعب أو وجود صور غير مدون عليها أية بيانات		تخصم غرامة على الطبيب صاحب عهدة الدفتر بواقع سعر أعلى متوسط لتكلفة التذكرة لنفس الطبيب خلال العام السابق للفقء

إرشادات عامة للصيديات المتعاقدة

تلتزم الصيدلية المتعاقدة بالآتي :

١. تعلن الصيدلية المتعاقدة عن الخدمة التي توديتها وعليه يجب وجود لافتة مناسبة على واجهة الصيدلية من الخارج بعبارة (تأمين صحي)
 ٢. بصفة عامة فإن التعاقد مع الهيئة يتيح للصيدلية صرف كافة أنواع التذاكر الصالحة للصرف الخارجي مع مراعاة النطاق الجغرافي الذي يحدده كل فرع ويستثنى من ذلك :
 - الصيدليات المتعاقدة بالقرى الغير موجود بها عيادة تأمين صحي للكبار فهذه لا يسمح لها إلا بصرف تذاكر الطلبة و المواليد فقط
 - في بعض البلاد التي يقل فيها صرف نوع معين من التذاكر ، فللفرع تحديد صيدلية واحدة أو أكثر لصرف هذا النوع من التذاكر ، مع إخطار باقي الصيدليات بذلك .
 ٣. من الإلتزامات الجوهرية حسن معاملة المنتفعين و حسن أداء الخدمة و عدم تفضيل المريض الذي يدفع نقداً ، و يعتبر عدم صرف أدوية للمنتفعين لو ثبت وجودها بالصيدلية في نفس الوقت مخالفة صريحة للعقد .
 ٤. في حساب السعر يتم كتابة السعر لكسور العبوة بالجنيه وكسوره كذلك المجموع أما عند حساب الثلث الواجب سداده من المنتفع فيتم رفعه لأقرب كسر من الجنيه
 ٥. يراعى تقريب الكميات المنصرفة إلى أقرب شريط أو عبوة فإذا كانت الكمية المقررة ١٢ كبسولة والشريط ١٠ فقط يصرف شريط واحد أما إذا كانت الكمية المقررة ١٥ كبسولة فيصرف شريطين ١٠ × أما عبوات الأقراص الغير معبأة كشرائط فلا يجوز فتحها
- وإذا ما وصف الطبيب عبوة أقراص غير معبأة في شرائط (تزيد العبوة فيها عن احتياج المنتفع كأن تكون ١٠٠ قرص والجرعة قرص يومياً لمدة شهر (مثل لانوكسين – ماريغان ٠٠٠٠) فإن الصيدلي يسجل ببطاقة المنتفع أنه تم صرف عبوة بعدد ٠٠٠٠ قرص بتاريخ ٠٠٠٠ مع ختم الصيدلية حتى يراعى الطبيب ذلك عند التكرار
- وبالنسبة للأمبولات فإنه عدا الأصناف التي لايسهل صرفها فرط والغير شائعة الصرف فيتم التقريب إلى أصغر عبوة
٦. يجب أن تكون التذاكر المنصرفة موجودة بالصيدلية باستمرار وبشكل يسهل للمفتش الصيدلي الإطلاع عليها أما في الحالات التي تقوم بعض الصيدليات بإرسال تذاكرها لأحد المحاسبين فيجب أن تتواجد باستمرار الدفعات التي تم تسجيلها و يكون في الإمكان إحضار الباقي أثناء وجود المفتش .
 ٧. كما تلتزم الصيدلية بالحصول على الأدوية من مصادرها القانونية ، و أن تحتفظ بفواتير الشراء لمدة خمس سنوات طبقاً لقانون مزاولة مهنة الصيدلة حيث يحتاج الأمر أحياناً تأكيد حصول الصيدلية على ما تم صرفه للمنتفعين من كميات كبيرة من بعض الأصناف وحتى لا يكون العجز عن تقديم ما يثبت شراء هذه الكميات الكبيرة مبرراً للشك في سلامة و جدية الصرف و بالتالي عدم تجديد التعاقد

٨. يلزم تدوين البدائل المنصرفة و كذلك السعر نقلاً من العبوة لكل صنف أمام المنتفع و قبل توقيعه بالإستلام و بالتالي لا يجوز إجراء أى تعديل في السعر بعد مغادرة المنتفع للصيدلية (حتى و لو حدث خطأ في الصرف بصرف دواء مخالف أو كمية أو تركيز مخالف طالما غادر المنتفع الصيدلية و لكن في الحالات التي حدث بها خطأ في الصرف مثل صرف علبة بدلاً من علبتين أو صرف تركيز مخالف ...) و عاد المنتفع للصيدلية لتصحيح الخطأ أو أمكن الإتصال به و حضر، هنا فقط يمكن شطب السعر بالكامل و كتابة السعر الصحيح أعلاه و كتابة سبب التصحيح و يوقع المنتفع و الصيدلي و أي تصويب للسعر بدون الإلتزام بما سبق (مثل إستخدام المزيل أو تكرار الكتابة فوق السابق) يعرض الصيدلية لإلغاء هذا السعر المعدل .

٩. إذا لم يتم كتابة السعر لصنف واحد أو أكثر و سواء تم ضبط ذلك أثناء التفتيش بعد توقيع المستلم ، أو في المراجعة الفنية . فستعتبر الهيئة أن الدواء لم يصرف و لن تتم المحاسبة عليه و لا يقبل أي عذر بعدم معرفة السعر

أما إذا تم كتابة سعر مخالف فستقوم الهيئة بإتباع ما يلي :

- تصويب السعر إذا كان مدوناً في خانات خطأ (بالقروش و ليس الجنيهات) .

- تصويب السعر إذا كان المدون هو سعر الصنف قبل آخر تعديل .

- إعتاد السعر إذا كان يماثل سعر مثيل أو بديل أرخص (مطابق لتعليمات صرف البدائل)

و لم يؤشربه . أما إذا كان السعر لمثيل أو لبديل أعلى لم يؤشر به بالتذكرة فسيتم تعديل السعر للدواء الأصلي .

- إعتاد السعر إذا كان يمثل كمية أو تركيز أقل من نفس الدواء كصرف علبة بدلاً من إثنين أو ٢٥٠ مجم بدلاً من ٥٠٠ مجم . مع توجيه إنذار للصيدلية لعدم تكرار الخطأ .

- شطب السعر المدون تماماً في غير الأحوال السابقة حيث سيعتبر أن الدواء المنصرف دواء مخالف .

١٠. يحظر الإحتفاظ بأدوية داخل الصيدلية عليها خاتم التأمين الصحي لنفس الصيدلية أو لصيدليات أخرى

لأي سبب و يعتبر ذلك مخالفة تعاقدية و جنائية ينطبق عليها القانون ١٠ لسنة ٦٧ ، كما أن تواجد

عبوات عليها آثار محو أختام فى الصيدلية من المخالفات التي تبرر عدم تجديد التعاقد ، كما يعتبر تواجد

أدوية عليها أختام وزارة الصحة أو هيئات أو شركات لها نظم علاجية من المخالفات التي تبرر إخطار

وزارة الصحة لعمل المحضر اللازم و كذلك تبرر عدم تجديد التعاقد مع الصيدلية

١١. لا يسمح بصرف أدوية عن طريق مندوبين من الشركات أو الهيئات إلا في بعض الحالات للهيئات

و الشركات البعيدة عن العمران ، و بتصديق كتابي من مدير الفرع المختص بناء على عرض مدير إدارة

التموين الطبي و الصيدليات . و يراعى أن يتم توقيع صاحب التذكرة سلفاً بالإستلام و ترسل التذكرة مرفقاً

بها البطاقة العلاجية مع المندوب الذي يوقع أيضاً بالصيدلية بما يفيد إستلامه للعلاج .

١٢. إذا قامت الشركة المنتجة لدواء مدرج بالدليل بتغيير السعر أو العبوة (مع إلغاء العبوة الأولى)

يستمر وصف الدواء طبقاً لنفس القواعد أما إذا تغير الأسم نفسه فيعتبر دواء جديد ويتم عرضه على

لجنة الدواء للنظر فى إضافته إلى الدليل من عدمه

١٣٠ . إذا توافر دواء بالسوق بنفس التركيب والعبوة والتركيز لدواء بالدليل وكان سعره يقل أو يماثل المثل بالدليل يتم العرض على الإدارة المركزية للتموين الطبي والصيديات لإتخاذ إجراءات إدراجه بالدليل

١٤٠ . في حالة وصف أدوية مؤثرة على الحالة النفسية و الخاضعة لقرار وزير الصحة رقم ٤٨٧ وتعديلاته ، و التي يلزم إحفاظ الصيدلية بالتذكرة ، فإنه يتم صرف التذكرة و إرسالها مع صورة ضوئية للعيادة ، حيث يتم اعتماد وختم الصورة ، و التأشير على الأصل بما يفيد تسليم الصيدلية صورة و تحتفظ الصيدلية بالصورة مستنداً للتفتيش بمعرفة وزارة الصحة .

١٥٠ . يلتزم صاحب الصيدلية المتعاقد مع الهيئة بإخطار الهيئة عن أي تصرف في الملكية بالمشاركة أو بالبيع .

١٦٠ . لا يجوز للمنتفع التنازل عن دواء أو جزء من الكمية ، مقابل إعفائه من سداد النسبة المقررة و يعتبر هذا التصرف من الصيدلية مخالفة ، و ليس هناك ما يمنع إذا قرر المنتفع إستغناءه عن صنف ما لوجوده طرفه ، و أن يتم التأشير على الصنف (مستغنى عنه) مع توقيع المنتفع و بالطبع لن يحتسب سعره .

١٧٠ . يصرح للصيدلي بصرف الماء المقطر اللازم للحقن و معلقات المضاد الحيوي ، و يتم تحضير المعلق داخل الصيدلية بمعرفة الصيدلي ولا يترك ذلك لولى أمر الطالب أو المولود و يضاف سعر الماء المقطر كبند مستقل و لا يحتسب ضمن عدد الأصناف المصرح بوصفها .

ثالثاً : خطوات تقديم المطالبة الشهرية

- يراعى فصل تذاكر كل قانون على حدة حيث يقدم لكل قانون مطالبة منفصلة طبقاً للخطوات التالية:-

- يتم فصل تذاكر كل طبيب على حدة (سواء ممارس أو أخصائي أو إستشاري) علماً بأن تذاكر التكرار يتم إضافتها طبقاً للطبيب محرر تذكرة التكرار .

- يتم ترتيب مجموعة تذاكر كل طبيب على حدة طبقاً لتاريخ صرف التذكرة تصاعدياً (وليس تاريخ تحريرها) من ١ إلى نهاية العدد وتوضع كل مجموعة من ٥٠ تذكرة في دوسيه مستقل و يراعى تخريم التذاكر من المكان المخصص لذلك يسار التذكرة ، و تثبيتها جيداً ، و بحيث لا تحجب أية بيانات ، و يدون علي كل ملف بخط واضح ((اسم الصيدلية / البلد / العنوان / الرقم الكودي / اسم صاحب الصيدلية / نوع المطالبة أي القانون المنصرف بموجبه التذاكر/ نوع التذاكر (ممارس - أخصائي - إستشاري) - المدة المقدم عنها المطالبة/ عدد التذاكر بكل دوسيه و أرقامها من ٠٠٠٠ إلى ٠٠٠٠))

- تقوم كل صيدلية بطبع دفاتر فواتير خاصة بها من أصل و صورتين ، و يدون على الفواتير أسم الصيدلية و البلد أو الحي - عنوانها بالكامل - أسم صاحبها المتعاقد ثلاثياً - الرقم الكودي للصيدلية - رقم مسلسل الفواتير - نوع المطالبة - نوع التذاكر- الفترة المقدم عنها الحساب

و تقسم الفاتورة إلى الخانات الرأسية التالية :-
 مسلسل (رقم المسلسل للتذكرة الموضوع بمعرفة الصيدلية)
 أسم المنتفع أو الطالب أو المولود .
 الرقم التأميني للمنتفع أو الطالب أو المولود .
 رقم التذكرة المسلسل المطبوع عليها . تاريخ تحرير التذكرة .
 إجمالي قيمة الأدوية
 المبلغ المسدد
 الباقي .
 أسم وتخصص الطبيب .

و في نهاية الفاتورة يتم جمع الخانات الحسابية رأسياً و توقيع صاحب الصيدلية و ختم الصيدلية و يراعى عدم ترحيل إجمالي الفاتورة و إنما تستقل كل فاتورة بمجموعها لتسهيل إجراء التصويب عند المراجعة .
 يتم حصر إجمالي المطالبة لتذاكر الممارس / الأخصائي / الإستشاري على نموذج تفرغ للفواتير كالتالي (من أصل و صورتين) .

صيدلية لصاحبها.....
 فاتورة إجمالية لتذاكر (الممارس / الأخصائي / الاستشاري) قانون (.....)
 عن الفترة من إلى

رقم الفاتورة	الإجمالي		المسدد من المنتفع		الباقي	
	قرش	جنيه	قرش	جنيه	قرش	جنيه
١						
٢						
٣						
٤						
٥						
المجموع						

توقيع صاحب الصيدلية..... ختم الصيدلية.....

و من الطبيعي في حالة وجود فاتورة واحدة فقط ، لا داعي لعمل النموذج مع مراعاة أي تعليمات تفصيلية صادرة عن الفروع بخصوص تحرير المطالبات
 مع فصل تذاكر المزمّن المجاني للطلاب عن تذاكر الأخصائي الغير مزمّن

ثم عمل كشف مطالبة نهائي من أصل و صورتين على النموذج كالتالي :-
اسم الصيدلية عنوانها الرقم الكودي أسم صاحبها ثلاثياً
المطلوب من الهيئة العامة للتأمين الصحي فرع

عن الفترة من إلى قانون ()

النوع	عدد التذاكر	عدد الفواتير	عدد الدوسيهات	الإجمالي		المسدد		الباقي	
				ج	ق	ج	ق	ج	ق
ممارس									
أخصائي									
إستشاري									
الإجمالي									

فقط مبلغ وقدره لا غير

- توضع الفواتير و الكشوف و المطالبة النهائية في ملف مستقل و تسلم المطالبة للفرع المختص و يكرر ما سبق لكل قانون ،
حيث يسلم لكل قانون على حدة:-
ملف أو أكثر بها تذاكر الممارس .

ملف أو أكثر بها تذاكر الأخصائي و تكرار علاج الأخصائي .

ملف أو أكثر بها تذاكر الإستشاري و تكرار علاج الإستشاري .

ملف واحد أو أكثر به كشوف التفريغ و الفواتير و المطالبة النهائية .

يتم التسليم في المواعيد المحددة لكل صيدلية و حتى خمسة أيام على الأكثر

يوم ١ من كل شهر للدفعة (أ)

يوم ١٠ من كل شهر للدفعة (ب)

يوم ٢٠ من كل شهر للدفعة (ج)

أو أي مواعيد أخرى يحددها الفرع المختص

و يتم التسليم للموظف المختص بالهيئة ، مقابل التوقيع على صورة المطالبة النهائية بالإستلام تحت المراجعة و تحتفظ الصيدلية بهذه الصورة و ذلك بالإضافة لصورة من الفواتير و الكشوف السابقة حتى ورود الشيك.

و على الصيدلية المتعاقدة المطالبة شهرياً عند تسليم المطالبات ببيانات المخالفات عن المطالبات السابقة لمعرفة الأخطاء و تفاديها حتى لا تتكرر .

أحكام عامة

١. مصرح للفروع في بعض الحالات (مثل إغلاق صيدليات الهيئة للجرد أو لسبب مفاجئ – تواجد بعض عيادات الشركات بعيدة عن مقر الصيدليات المملوكة – عدم توافر الأدوية بصيدليات الهيئة) بوضع قواعدها محددة بشكل مؤقت أو دائم لما يسمح بصرفه من الصيدليات المتعاقدة سواء طبقاً لنوع التذكرة أو جهة تحريرها أو بموجب أختام خاصة خلف التذكرة مع توقيع المسئول ولا يتم تنفيذ هذه التعليمات إلا إذا تم إخطار الصيدليات المتعاقدة كتابياً وكذلك إخطار مكاتب المراجعة الفنية المختصة وإدارة المنطقة بهذه التعليمات وتعديلها أو إلغائها
٢. لا يصرح بحجز التذكرة أو البطاقة العلاجية بالصيدلية لحين توافر الأصناف حيث تكون التذكرة عرضة للإلغاء إذا تم ضبطها ، وبالنسبة للبطاقات التي يتركها أصحابها سهواً تظل مدة أسبوع ثم تسلم بعدها لأقرب عيادة أو منطقة تأمين صحي بمقابل إيصال
٣. في حالة مصادرة التأمين للإيقاف المؤقت يلتزم الطرف الثاني بأداء تأمين جديد خلال شهر على الأكثر من تاريخ إخطاره بتوقيع الجزاء ، و ذلك دون إنتظار إنتهاء فترة إيقاف التعامل ، و إلا أعتبر التعاقد مفسوخاً و لا يكون للطرف الثاني أي حق في المطالبة باستمرار التعاقد.
٤. يكون ضبط المخالفة بمعرفة مفتشي الهيئة أو مفتشي الصيدلة بوزارة الصحة ، و يتم تحرير محضر بالواقعة و إجراء تحقيق مبدئي بالصيدلية (إن أمكن) بمعرفة القائم بالتفتيش، و بالنسبة للمخالفات التي تكون عقوبتها غرامة يتم توقيعها إكتفاءً بتقرير التفتيش مع / أو التحقيق المبدئي أما المخالفات التي تكون عقوبتها الإيقاف المؤقت (لأي مدة) ، فيتعين التحقيق مع المخالف و صاحب الصيدلية المتعاقدة ، بمعرفة لجنة تشكل بكل فرع برئاسة مدير إدارة التموين الطبي و الصيدليات ، و عضوية صيدلي من العاملين بالفرع و أحد أعضاء الشئون القانونية بالفرع ، و يتم إخطار النقابة الفرعية المختصة للصيدلة لإيفاد مندوباً عنها لحضور التحقيق ، و في حالة عدم حضوره (و عدم موافقة المخالف على التحقيق بدونه) يخطر للحضور مرتين متتاليتين بخطاب مسجل بعلم الوصول و في حالة عدم حضوره بعد الإخطار الثاني ، يكون إنعقاد اللجنة صحيحاً بدونه.
٥. بالنسبة للمخالفات التي عقوبتها إيقاف ، فإنه يحق للهيئة الإيقاف التحفظي الفوري للتعامل مع الصيدلية ، لحين إنتهاء التحقيقات ، لمدة لا تزيد عن شهر (إذا كانت العقوبة إيقاف لغاية عام) و شهرين (إذا كانت العقوبة إيقاف لغاية ثلاث سنوات) و حتى إنتهاء التحقيقات (إذا كانت العقوبة إيقاف أكثر من ثلاث سنوات أو تخضع للقانون ١٠ لسنة ١٩٦٧) ، و لا يتم الإيقاف التحفظي إلا إذا كانت أدلة المخالفة قوية و بعد موافقة مدير الفرع ، و يخطر صاحب الصيدلية بهذا الإيقاف التحفظي.

٦. إذا كانت المخالفة جريمة جنائية ينطبق عليها القانون رقم ١٠ لسنة ٦٧ فإن إبلاغ النيابة العامة أو حكم القضاء الصادر لا يخل بحق الهيئة في توقيع الجزاءات التعاقدية المنصوص عليها بهذه اللائحة حتى لو حفظت النيابة الشكوى أو صدر حكم القضاء بالبراءة ، حيث تختلف ضوابط إثبات الجريمة الجنائية عنها في المخالفة التعاقدية.

٧. يتم توقيع الجزاءات التعاقدية المنصوص عليها بهذه اللائحة أياً كان مرتكب المخالفة بالصيدلية سواء أكان المخالف صاحبها أو مديرها أو أي عامل أو موظف بها و يتم توقيع الجزاء على الموقع على التعاقد مع الهيئة ، حيث أنه هو المسئول أمام الهيئة ، أما المخالفات الجنائية فهي شخصية في حق مرتكبها فقط بالإضافة إلى توقيع العقوبة التعاقدية على صاحب الصيدلية.

٨. إذا ارتكب الطرف الثاني إخلالاً في تنفيذ التعاقد لم يرد صراحة بهذه اللائحة يؤخذ رأى الشئون القانونية بالفرع لإبداء الرأي في تحديد البند الذي يطبق على المخالفة.

٩. تخصم الغرامة المالية التي توقع على الطرف الثاني من مستحقاته لدى الطرف الأول – و إذا لم توجد له مستحقات ، تخصم من قيمة التأمين و يلتزم الطرف الثاني بإستكمال التأمين خلال شهر على الأكثر من تاريخ إخطاره ، و إلا يعتبر التعاقد مفسوخاً.

١٠. تسقط المخالفات التي عقوبتها إنذار أو غرامة مالية فقط بعد مرور سنة واحدة من تاريخ ارتكاب المخالفة ، و تعتبر في حالة التكرار مرة أولى ، أما المخالفات التي عقوبتها إيقاف أياً كانت مدة الإيقاف فلا تسقط بالتقادم و تعتبر في حالة التكرار مرة تالية.

١١. في حالة ارتكاب الصيدلية المتعاقدة التي سبق أن وقع عليها جزاء الإيقاف عن التعامل لمدة خمس سنوات لأي مخالفة عقوبتها الإيقاف خمس سنوات يلغى التعاقد نهائياً مع عدم جواز التعاقد معها مستقبلاً .

١٢. في حالة تكرار المخالفة بعد المرة الثالثة (و تكون العقوبة ما زالت إيقاف مؤقت) تضاعف مدة الإيقاف (مع مصادرة التأمين) كل مرة حتى تصل للإيقاف خمسة سنوات بعدها يتم إلغاء التعاقد نهائياً.

١٣. حيث أن التعاقد في حالة الإيقاف المؤقت لا يكون ملغياً و إنما موقوفاً بشكل مؤقت فإنه يتعين إعادة معاينة الصيدلية بعد الإيقاف لمدة عام أو أكثر قبل إعادة التعاقد للتحقق من صلاحية الصيدلية و حسن السمعة

رابعاً : لائحة المخالفات و الجزاءات للصيدليات المتعاقدة

(و يعتبر ملحق لعقد توريد و صرف أدوية من الصيدليات)

تنفيذاً لبنود العقد يكون من حق الطرف الأول (الهيئة) توقيع الجزاءات التعاقدية التالية عن المخالفات المنصوص عنها و ذلك مع عدم الإخلال بحق الطرف الأول طبقاً للتعاقد في عدم تجديد التعاقد للأسباب التي تقتنع بها الهيئة ، دون أن يكون للطرف الثاني أي حق في الاعتراض أو التعويض .

م	المخالفة	الجزاءات		
		أول مرة	ثاني مرة	ثالث مرة
١	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين صرف أدوية مخالفة في المفعول بطريق الخطأ ، دون إضرار بحالة المنتفع ، و تدوين سعر الدواء المنصرف بالفعل.	غرامة من ٢٠ إلى ٤٠ جنيه	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٢	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين صرف دواء بديل رغم توافر الدواء الأصلي المدون بالتذكرة (المسموح بصرفه) بالصيدلية نفسها	غرامة من ٢٠ إلى ٤٠ جنيه	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٣	عدم تقديم تذاكر التأمين الصحي للمفتش فور طلبها .	غرامة من ٢٠ إلى ٤٠ جنيه	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٤	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين عدم صرف الدواء للمنتفع رغم توافره بالصيدلية و عدم وجود موانع للصرف طبقاً لتعليمات الهيئة	غرامة من ٥٠ إلى ٩٠ جنيه	غرامة من ١٠٠ إلى ١٥٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٥	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين صرف أدوية انتهت صلاحيتها للإستعمال أو أن تاريخ التحضير و إنتهاء المفعول مظموس عمداً	غرامة من ٥٠ إلى ٩٠ جنيه	غرامة من ١٠٠ إلى ١٥٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٦	صرف أدوية بطريق الخطأ سببت أضرار جسيمة للمنتفع .	إيقاف التعامل نهائياً و مصادرة التأمين مع المسائلة الجنائية		
٧	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين أن إجراءات الصرف صحيحة ، عدا أن الصارف لم يطلب البطاقة العلاجية و لم يطلع عليها لإثبات البيانات نقلاً منها .	غرامة من ٢٠ إلى ٤٠ جنيه	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٨	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي ويتبين أن إجراءات الصرف صحيحة ، عدا أنه لم يتم كتابة السعر قبل توقيع المستلم .	غرامة من ٢٠ إلى ٤٠ جنيه	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيه	إيقاف التعامل ستة شهور و مصادرة التأمين
٩	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أن إجراءات الصرف صحيحة ، عدا أنه لم يتم ختم عبوات الأدوية بختم التأمين الصحي أو عدم وضوح الختم .	غرامة من ٥٠ إلى ٩٠ جنيه	غرامة من ١٠٠ إلى ١٥٠ جنيه	إيقاف التعامل سنتين و مصادرة التأمين
١٠	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف بدائل مسموح بها طبقاً لتعليمات الهيئة ، أقل سعراً من المدون ، و لم يتم تسديد السعر قبل توقيع المستلم .	غرامة من ٥٠ إلى ٩٠ جنيه	غرامة من ١٠٠ إلى ١٥٠ جنيه	إيقاف التعامل سنة و مصادرة التأمين

م	المخالفة	الجزاءات		
		أول مرة	ثاني مرة	ثالث مرة
١١	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف عينات طبية أو أدوية خاصة بجهات حكومية	إيقاف التعامل لمدة ستة شهور و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة سنتين و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين
١٢	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أن إجراءات الصرف صحيحة عدا أن المستلم ليس صاحب حق في الإستلام طبقاً لتعليمات الهيئة	غرامة من ٥٠ إلى ١٠٠ جنيهه و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة ستة شهور و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين
١٣	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف بدائل أقل سعراً و تم تسديد السعر بالتذكرة على أساس المدون الأعلى سعراً ، أو تم صرف كمية أقل من المدون و تم سداد السعر على أساس المدون بالتذكرة	إيقاف التعامل لمدة سنتين و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً و مصادرة التأمين
١٤	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف تذاكر مجمعة صحيحة مرفقاً بها البطاقات العلاجية ، لوسيط و يعلم أصحابها ، و تم صرف الأدوية صحيحة و لكن بدون وجود تصريح بذلك من الهيئة	إيقاف التعامل لمدة سنة و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة ثلاث سنوات و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين
١٥	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف تذاكر مجمعة صحيحة شكلاً ، لوسيط بدون علم أصحابها و بدون وجود بطاقاتهم ، و تم صرف الأدوية صحيحة و لكن بدون وجود تصريح بذلك من الهيئة .	إيقاف التعامل لمدة ثلاث سنوات و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً و مصادرة التأمين
١٦	تقديم تذاكر ضمن المطالبة أو (ضبطها بالصيدلية) و يتبين أنها قد حررت بدون علم أصحابها و أن التوقيع بالإستلام مزور عليهم أو يتضح أن الاسم المسجل وهمي أو لا علاقة له بالرقم الكودي	الإيقاف التحفظي لحين إستكمال التحقيق ، و إذا تبين تزوير البيانات يتم إيقاف التعامل نهائياً و الإحالة للنقابة العامة	إيقاف التعامل لمدة ثلاث سنوات و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين
١٧	مراقبة الصرف ، و يتبين أنه تم صرف أدوية فيتامينات أو أدوية خاصة بدلاً من أدوية المنتفع نفسه الموصوفة بتذكرة التأمين الصحي	إيقاف التعامل لمدة سنتين و مصادرة التأمين	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً و مصادرة التأمين
١٨	مراقبة الصرف بمعرفة التفتيش الصيدلي و يتبين أنه تم صرف مستحضرات أو أدوات تجميل أو مستلزمات طبية بدلاً من الأدوية العلاجية الموصوفة للمنتفع نفسه / أو تم عمل مقاصة بين قيمة التذكرة أو جزء منها مع حساب جاري للمنتفع بالصيدلية أو مقابل بون بالقيمة	إيقاف التعامل لمدة خمس سنوات و مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين
١٩	شراء تذاكر التأمين الصحي من المنتفع أو من وسيط بالتمن بدلاً من صرف الدواء	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين
٢٠	شراء ، أو تواجد أدوية بالصيدلية عليها ختم التأمين الصحي لصيدلية أخرى أو وجود أدوية عليها آثار محو أختام	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين	إلغاء التعاقد نهائياً مع مصادرة التأمين
٢١	صرف تذاكر من صيدلية غير متعاقدة لحساب صيدلية متعاقدة	<u>الصيدلية المتعاقدة</u> : إيقاف التعامل ثلاث سنوات و مصادرة التأمين <u>الصيدلية الغير المتعاقدة</u> : الإحالة للنقابة للمساءلة التأديبية مع تأخير التعاقد ثلاث سنوات	<u>الصيدلية المتعاقدة</u> : إيقاف التعامل خمس سنوات و مصادرة التأمين <u>الصيدلية الغير المتعاقدة</u> : عدم التعاقد نهائياً	إيقاف التعامل نهائياً و مصادرة التأمين

آلية صرف أدوية الأسم التجاري

- يتم التوريد من الشركات إلى المخازن بناءً على أمر توريد صادر من التموين الطبي مع ذكر أن البضاعة موردة بصفة أمانة في شرط التوريد
- إضافة الأصناف الموردة من الشركات في دفتر ٣ م ٠ ح مع تسجيل بيانات الفاتورة لكل صنف في خانة الملاحظات
- (وبقاء أصل الفاتورة بالمخزن وصورة من الفاتورة للمراجعة الفنية بالفرع وصورة للحسابات)
- يتم الصرف من المخزن لصيديات الأسم التجاري على أذن ٢ م ٠ ح أصل وصورتين مع الإحتفاظ بأصل الأذن في المخزن
- صيدلية الأسم التجاري:-
- إضافة الكميات الموردة من المخزن إلى الصيدلية في الدفاتر
- التأكد من إستكمال بيانات تذكرة ٥٦ ب المحررة بمعرفة الصيدلية الرئيسية (بيانات المنتفع – التشخيص – تاريخ الكشف - توقيع واكلاشيه الطبيب – خاتم الشعار) و تحديد قيمة مايتحملة المنتفع للصنف المطلوب بمعرفة صيادلة الأسم التجاري
- تحصل قيمة الأصناف من المنتفع بمعرفة الإيرادات كل شركة على حدة مع فصل الموازنات
- ترفق صورة إيصال الدفع بتذكرة ٥٦ ب
- يتم تنزيل الكمية المنصرفة يومياً في إستمارة ٩ ت ٠ ص أو إستمارة ٣٢١ أو شيت الكمبيوتر
- ثم القيد في دفتر اليومية ٣٢٢ والمطابقة مع مراقب العهدة يومياً
- تجمع الكميات المنصرفة للأصناف في أذن ٢ م ٠ ح كل شركة على حدة نهاية كل شهر يوم ٢٥ (اليوم الخامس والعشرون من الشهر) وترفق بالمطالبات طبقاً للكشف المقترح من الإدارة المركزية للتموين الطبي والصيدليات

أسم الشركة	عدد التذاكر	الإجمالي بسعر الشراء	المسدد	الباقى

- وترسل للمراجعة الفنية بالفرع في موعد أقصاه يوم ٢٧ (اليوم السابع والعشرون من الشهر)
- وعند وجود أخطاء بالمطالبة تعاد بعد ثلاثة أيام لصيدلية الأسم التجاري مرفق بها أذن ٢ م ٠ ح لفصل الروشتات الوارد بها أخطاء عن باقى المطالبة وتعديل الكمية الفعلية المنصرفة والقيمة المالية والكمية المتبقية في أذن ٢ م ٠ ح
- وتعاد خلال يومان بعد التعديل إلى المراجعة الفنية بالفرع للمطابقة والتوقيع
- وتخضم الكميات من الدفاتر بمعرفة أصحاب العهدة بموجب أذن ٢ م ٠ ح المراجعة والموقعة عليها من المراجعة الفنية بحيث يتم الإنتهاء من ذلك في موعد أقصاه اليوم الخامس من الشهر التالى
- عند تكرار صرف الصيدلية من المخزن لنفس الاصناف يتم تقديم صور من أذن ٢ م ٠ ح السابقة

آلية التعامل مع اللجنة العليا للدواء

الإلتزام بالبرتوكولات السابق إرسالها وعدم كتابة أدوية غير مسجلة وغير مسعرة بوزارة الصحة لابد من إرسال طلبات الأدوية الي اللجنة العليا مباشرة وليس عن طريق المريض علي أن تكون مستوفاة لجميع الفحوصات ومدونة بالحاسب الآلي وليست بخط اليد ومرفق بها صورة من بطاقة الرقم القومي وصورة البطاقة العلاجية

لن يلتفت الي أي تقرير صادر من اللجنة الثلاثية بالفرع غير مستوفى الآتي :-

- تاريخ العرض علي اللجنة

- توقيع وأختام أعضاء اللجنة و المقرر

- عند إرسال طلبات الأدوية يجب أن يكون أسم المريض رباعي ومطابق للأسم المذكور علي صورة بطاقة الرقم القومي للمريض (ولن يلتفت الي الطلبات الغير مستوفاه لهذا الشرط)

- التقارير المرسله يجب أن تشتمل علي العلاج المطلوب بالجرعة المحددة والتاريخ المرضي وخطوط العلاج السابقة ومدى الإستجابة لها

يقوم التموين الطبي بالفرع بفتح سجل لتسجيل الموافقات الخاصة باللجنة العليا للدواء مع الإحتفاظ بصورة منها وتسليم الأصل لمدير الصيدلية بالعيادة وصورة للمريض بعد ختمها بختم التموين الطبي بالفرع

عند تحويل المريض الي خط علاجي آخر مختلف عن قرار اللجنة العليا يتم إصدار تقرير جديد من اللجنة الثلاثية بإيقاف قرار اللجنة ويتم إخطار اللجنة العليا بذلك والأسباب

في حالات الموافقة علي التكرار عن طريق الفرع يكون التكرار بمعرفة نفس لجنة الأورام بالفرع التي عرض عليها المريض عند رفع الطلب إلي اللجنة العليا وليس الإستشاري أو لجنة أخرى

في حالات التكرار يجب إرسال فحوصات حديثة للتقييم مرفق بها مقارنة للحالة قبل وبعد العلاج مع ضرورة إرفاق بيان بعدد الموافقات السابقة وتواريخها وعدد الجرعات المستخدمه فعليا عند التكرار من اللجنة العليا

يقوم الطبيب المسئول بتحرير تذكرة طبية للمريض ويرفق بها صورة من قرار اللجنة

يقوم مدير الصيدلية بعمل ملف لحفظ قرارات اللجنة ووضع أرقام مسلسله لها من الأقدم الي الأحدث بداية كل سنة مالية (مع الإحتفاظ بالقرارات المستمر تنفيذها في السنة الجديدة)

- يتم فتح دفتر (حرف ز) بالأدوية الخاصة بقرارات اللجنة علي النموذج التالي :-
أسم الصنف :-

أسم المريض	تاريخ القرار ورقمه	عدد الجرعات أو الشهور	الجرعة الأولى	الجرعة الثانية	الجرعة الثالثة	الخ.....
------------	--------------------	-----------------------	---------------	----------------	----------------	----------

- في حالة الصرف الداخلي :-

يقوم الصيدلي بمراجعة جدول الحقن الخاص بالقسم مع ملفات المرضى وتسلم الادوية للممرضة مسئولة القسم بإيصال صباح يوم الحقن مع مراعاة ظروف حفظ الدواء

في نهاية يوم الحقن يتم تسليم الصيدلية (إستمارة ٣٠٥) بالأدوية والمحاليل التي تم أستخدامها والأدوية المرتجعة ليتم مراجعتها مع الإيصال (وإتخاذ الإجراءات المخزنية السليمة)

- في حالة الصرف الخارجي :-

يقوم الصيدلي بإرفاق صورة من قرار اللجنة مع التذكرة المحررة وتأخذ أرقام مسلسلة في نهاية ترتيب اليومية
في حالة تأخر تنفيذ القرار عن شهر من تاريخ الموافقة يعاد العرض علي اللجنة الثلاثية بالفرع لتحديد مدي أحقية المريض في صرف العلاج

يتم تسليم الفوارغ للصيدلية والإحتفاظ بها لحين إعدامها كل شهر عن طريق لجنة تشكل بمعرفة التموين الطبي بالفرع وبعضوية مدير العيادة ومدير الصيدلية كل شهر

البروتوكولات المنظمة لصرف الأدوية

١- أدوية الأورام

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Everolimus) Protocol

Patients with confirmed metastatic Renal Cell Carcinoma

- **Adequate hematologic values**
- **Normal kidney & liver functions**
- **Good performance status of ECOG :0-2**
- **Treatment is given as Second line**
- **Baseline chest ,abdomen & pelvic radiography**
- **No serious co -morbidity**
- **No other malignancy**
- **Re-evaluate after 3 months of therapy.**
- **Assessment of treatment related toxicity especially elevation of liver enzymes, development of diabetes mellites & hematologic toxicity.**
- **Treatment should be discontinued in case of disease progression or drug toxicity.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Pemetrexed) protocol:

- 1- Patients with pathologically confirmed diagnosis of Malignant Mesothelioma (Epithelial Type).**
- 2- Patients with good performance status (ECOG 0-2)**
- 3-Patients with no contraindication to the drug.**
- 4- In combination with Platinum based chemotherapy.**
- 5- Patients should receive premedication with folic acid & Vitamin B12 supplement to avoid serious complications.**
- 6-Patients should have normal values of renal & liver functions as well as blood picture.**
- 7-Patient should have a baseline recent CT chest.**
- 8- Patient should be assessed for response after 3 cycles.**
- 9- Responding patients continue another 3 cycles with reevaluation till reaching maximum response.**
- 10- Non- responding or relapsing patients should receive another line of therapy according to their condition.**
- 11- Patients should not have a second malignancy.**
- 12- Patients developing severe side effects to the drug should discontinue treatment with the drug.**

(Exemestane) Protocol

- 1-Patients with confirmed breast cancer**
- 2- ER, PR positive tumors**
- 3- Metastatic breast after prior hormonal therapy**
- 4- Base line radiography and scans before starting treatment**
- 5- No contraindications to the drug**
- 6- No serious co morbidities**
- 7- No other malignancy**
- 8- Re-evaluation after 3 months**
- 9- Responding patients continue treatment**
- 10- Discontinue treatment in case of disease progression or intolerable toxicity.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Bevacizumap) Protocol

AVASTIN in Metastatic Cancer Colon:

- 1-Patients with pathologically confirmed adenocarcinoma of colon.**
- 2- Patients with radiologically proven metastatic cancer colon.**
- 3- Patients with no prior therapy in the metastatic setting.**
- 4-Good Performance status ECOG: 0-2**
- 5- Patients with adequate Blood picture, liver functions & renal functions.**
- 6-Patients with normal coagulation profile to avoid the possibility of bleeding.**
- 7-No history of active bleeding**
- 8-No serious co-morbidity**
- 9- Patients with no history of intestinal perforation or any predisposing factor to develop perforation.**
- 10-Patients with no hypersensitivity or medical contraindication to the drug.**
- 11-Eligible patients will receive 3 cycles of Avastin containing regimens followed by evaluation.**
- 12-By the end of 3 cycles, patients will be evaluated radiologically & laboratory for response.**
- 13-Responding patients will continue for another 3 more cycles and reevaluated.**
- 14- Non responding patients will discontinue the drug.**
- 15-Patients developing grade 2/3 Toxicity should stop the drug.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Liposomal doxorubicin) Protocol

- **Patients with pathologically confirmed mucinous or serous ovarian adenocarcinoma**
- **Good Performance status: 0-2.**
- **Adequate hematologic values.**
- **No serious co -morbidityes.**
- **No other malignancy**
- **Adequate Renal & liver functions**
- **Previous Taxane based chemotherapy**
- **Baseline chest, abdomen & pelvis radiography.**
- **Base line tumor marker: CA, 125.**
- **Patients would receive 3 cycles. Then, evaluation.**
- **Comparative radiography & tumor marker for evaluation**
- **Responding patients continue 3 more cycles.**
- **Stop therapy if there is disease progression or treatment related toxicity.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Cetuximab) Protocol

- Patients with confirmed diagnosis of colonic adenocarcinoma.
- Patients with proved metastatic/ recurrent disease with CTS, MRI, or PET/CT.
- First line metastatic disease.
- Good Performance status ECOG: 0-2.
- Patients with confirmed all RAS wild aggressive genes (K-RAS & N-RAS).
- Patients with normal blood values.
- Patients with adequate liver & renal functions.
- No serious co- morbidly.
- No medical contraindications to the drugs.
- No other malignancy.
- Patients would receive 3 cycles, then reevaluated.
- Responding patients will receive another 3 more cycles.
- Non - responders should discontinue the drug.
- Patients developing grade3/4 drug related toxicity should discontinue the drug.

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Trastuzumab) Protocol.

Patients with NON METASTATIC BREAST CANCER when they have:

- 1-Pathologically Proven Breast Cancer.**
 - 2-Confirmed Her-2 positivity.**
 - 3-Axillary lymph nodes involvement. (Positive lymph nodes).**
 - 4-high risk tumor with negative lymph node.**
 - 5-Absence of serious co-morbid diseases.**
 - 6-Absence of any contraindications for use of the drug.**
 - 7-Adequate cardiac status with ejection fraction of $>55\%$.**
- **Patients with METASTATIC BREAST CANCER when they have:**
 - 1-Patients with histologically confirmed breast cancer.**
 - 2-HER-2 score 3+ ve by FISH.**
 - 3- Measurable metastatic disease.**
 - 4-NO PRIOR TARGETED THERAPY FOR BREAST CANCER.**
 - 5-Normal cardiac functions.**
 - 6-Normal CBC.**
 - 7-Adequate liver & renal functions.**
 - 8-Patients would receive 3 cycles, then reevaluated.**
 - 9- Responding patients will continue 3 more cycles.**
 - 10- Non responding patients should discontinue the drug.**
 - 11-Patients developing gr.3/4 toxicities should discontinue the drug.**

- **PRECAUTIONS for the drug use:**

1. **Patients should be monitored regularly for cardiac functions.**

2. **Fall of ejection fraction by ~10% before any cycle should be taken in consideration that may necessitate discontinuation of Herceptin.**

3. **Patients with left sided breast cancer who received radiation therapy that may affect heart condition should be closely monitored for treatment related cardiac toxicity.**

4. **Patients should have regular evaluation during therapy as development of disease progression or metastasis necessitates another treatment option.**

- **adjuvant therapy with herceptin:**

One year (16-17) adjuvant treatment, so for patient did not develop cardiac dysfunction or disease progression.

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Rituximab) protocol

- **patients with pathologically confirmed: Large cell lymphoma**
- **CD-20 positive**
- **Good Performance status: 0-2.**
- **Adequate hematological count**
- **Adequate Renal & Liver functions**
- **First line therapy**
- **Base line evaluation CT scans.**
- **No virus B infection**
- **Absence of serious co - morbidities.**
- **No Other malignancy**
- **Evaluation after 3 cycles**
- **Responding patients would continue the drug for more 3 cycles**
- **Non responders should stop the drug**

أدوية لا تصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Sorafenib) protocol

Patients would be eligible if they have:

- 1- Confirmed diagnosis of Hepatocellular carcinoma.**
- 2- Good performance status: ECOG. 0-1.**
- 3- No liver cirrhosis leading to elevation of liver enzymes or liver impairment**
- 4- Child A liver disease.**
- 5- Prothrombin concentration > 70%**
- 6-Total bilirubin <1.5**
- 7-Serum albumin within normal limits**
- 8-Liver function within normal range.**
- 9-Renal function within normal range.**
- 10- No ascites.**
- 11-No other malignancies.**
- 12-No known hypersensitivity or medical contraindication to the drug.**
- 13-Evaluation of response after 2_3 months.**
- 14-adequate Blood picture Values:**
Hg ~10 mg/ ml
No Leucopenia: TLC~ 4000
No thrombocytopenia: Platelet count ~100.000
- 15- No known hypersensitivity to the drug.**
- 16- No severe toxicity related to the drug.**
- 17- No other serious Co- morbidities.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Dasatinib) Protocol

- 1-Patients with chronic Myeloid Leukemia**
- 2- Patients progressing after first line therapy**
- 3- Patient should have a recent BCA-ABL**
- 4-Adequate Renal & Liver functions**
- 5- Monitoring of blood values and chest conditions
(Pneumonitis a possible side effect of the drug)**
- 6- Chest radiography in case of cough and dyspnea**
- 7- Monitoring of BCR-ABL every 3 months**
- 8- Responding patients, continue treatment with regular Monitoring**
- 9-Discontinue treatment in case of disease progression or intolerable toxicity**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Sunitinib) Protocol

Patients with confirmed metastatic Renal Cell Carcinoma

- **First line metastatic therapy**
- **Good performance status: ECOG:0-2**
- **Adequate hematologic values**
- **Adequate Renal & Liver functions**
- **Normal levels of T3,T4,TSH**
- **Normal echocardiogram**
- **No serious co- morbidity**
- **No other malignancy.**
- **Treatment is given with standard schedule of 4 weeks treatment/ 2 weeks off.**
- **Evaluation of therapy after 3 months**
- **Evaluation of treatment related toxicity: especially cardiac functions,T3, T4,TSH**
- **Responding patients would continue 3 months, then reevaluated.**
- **Patients having disease progression or treatment related toxicity should stop the drug.**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Nilotinib) Protocol

- 1-Patients with chronic Myeloid Leukemia**
- 2- Patients progressing after first line therapy**
- 3- Patient should have a recent BCA-ABL**
- 4-Adequate Renal & Liver functions**
- 5- Monitoring of blood sugar (As Diabetes: a known side effect of the drug)**
- 6- Monitoring of cardiac conditions**
- 7- Monitoring of BCR-ABL every 3 months**
- 8- Responding patients, continue treatment with regular Monitoring**
- 9-Discontinue treatment in case of disease progression or intolerable toxicity**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Temozolomida) Protocol

- **Patients with confirmed high grade astrocytoma.**
- **Diagnosis confirmed by pathology or MR Spectroscopy if surgery is not possible**
- **Good Performance status: 0-2. ECOG.**
- **Adequate hematologic values**
- **Adequate renal & liver functions**
- **No serious co morbidity**
- **No other malignancy**
- **Recent MRI brain after surgery**
- **Patients would receive 3 cycles**
- **Re-evaluation after 3 cycles by comparative MRI.**
- **Responding patients would continue 3 more cycles**
- **Non responding ,progressing patients should continue the drug**

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء

(Panitumumab) Protocol

- Patients with confirmed diagnosis of colonic adenocarcinoma.
- Patients with proved metastatic/ recurrent disease with CTS, MRI, or PET/CT.
- First line metastatic disease.
- Good Performance status ECOG: 0-2.
- Patients with confirmed all RAS wild aggressive genes (K-RAS & N-RAS).
- Patients with normal blood values.
- Patients with adequate liver & renal functions.
- No serious co- morbidity.
- No medical contraindications to the drugs.
- No other malignancy.
- Patients would receive 3 cycles, then reevaluated.
- Responding patients will receive another 3 more cycles.
- Non - responders should discontinue the drug.
- Patients developing grade3/4 drug related toxicity should discontinue the drug.

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Bortezomib) protocol

1- Patients with confirmed Multiple Myeloma:

- Bone marrow examination**
- Quantitative IGA, IGG, IGM**
- B2 - Microglobulin**
- IMMUNOFIXATION**
- Skeletal Survey / PET scan**

2-Patients not responding or progressing on Standard chemotherapy regimens.

3- Patients with impaired renal functions.

4- Patients should be evaluated for response to therapy after each treatment period by doing the previously mentioned investigations compared to results before therapy.

5- Responding patients (confirmed by bone marrow, B2 microglobulin, IGA, IGG, IGM)

Will continue treatment with reevaluation.

6- Non responding patients or those with treatment related toxicity should discontinue the drug.

أدوية لاتصرف إلا بموافقة اللجنة العليا للدواء
(Pazopanib) Protocol

Patients with confirmed metastatic Renal Cell Carcinoma

- **Adequate hematologic values**
- **Normal kidney & liver functions**
- **Good performance status of ECOG :0-2**
- **Treatment is given as first line metastatic**
- **Baseline chest ,abdomen & pelvic radiography**
- **No serious co -morbidities**
- **No other malignancy**
- **Re-evaluate after 3 months of therapy.**
- **Assessment of treatment related toxicity especially elevation of liver enzymes (known side effect of the drug)**
- **Treatment should be discontinued in case of disease progression or drug toxicity.**

(Zoledronic acid) Protocol

- 1- Patients with confirmed Multiple Myeloma.**
- 2- Confirmed bone affection by skeletal survey \ PET/CT.**
- 3-Patients With adequate Renal function (Urea, Creatinine, and creatinine clearance)**
- 4-No hypocalcemia before starting therapy**
- 5- Treatment to be given every 4 weeks for the first year & every three months for the second year**
- 6- Monitoring of dental health (Osteonecrosis of jaw is a possible side effect)**
- 7- Monitoring of serum calcium during treatment (Hypocalcemia is a possible side effect)**

(Oxaliplatin) protocol

يتم وصف عقار Oxaliplatin لمرضى الأورام فى حالات Colo Rectal Cancer

على أن يتم وصفه بالضوابط الآتية :-

- خط العلاج الأول يتكون من فلورويوراسيل ولوكونفيرين

- فى حالات إرتجاع الورم موضعياً أو فى حالات أنتشاره (الكبد ، العظام ، الرئة) يتم وصفـ

Oxaliplatin على أن تكون الحالة العامة للمريض جيدة (وظائف الكبد ، تحاليل الدم) ويتلقى

المريض جرعتين يتم بعدها تقييم مدى الإستجابة

- فى حالة حدوث أستجابة وعدم وجود تدهور عام بصحة المريض يستمر العلاج

- فى حالة عدم الإستجابة أو حدوث تدهور فى الحالة العامة للمريض يوقف العلاج بهذا العقار

تعليمات وصف عقار الـ Cyproterone acetate tab.

يوصف دواء أندروكيور ٥٠ مج أقراص لحالات أورام البروستاتا بجرعة قرص مرتين يومياً كخط علاج ثاني في حالة عدم استجابة المريض لأقراص فلوتاميد ٢٥٠ مجم بجرعة قرص ٣ مرات يومياً (بعد الجراحة)

تعليمات وصف عقار الـ Capecitabine 500 mg

يوصف عقار **Xeloda 500 mg** لمرضى الأورام في الحالات التالية :-

١- حالات سرطان الثدي المصابة بثانويات في الأنسجة الرخوة

(SOFT TISSUE METASTASIS IN BREAST CANCER)

٢- حالات أورام القولون المصابة بثانويات في الكبد

(LIVER METASTASIS IN CANCER COLON)

على أن تكون الجرعة الشهرية علبة واحدة ١٢٠ قرص بمعدل ٨ اقراص يومياً لمدة ١٥ يوم .

البروتوكول الأساسي للكيمائى

بالنسبة لأورام الرئة للحالات الغير قابلة للإستئصال الجراحى يراعى الآتى :-

١- يعطى للمريض البروتوكول الأساسى للكيمائى ويتكون من بلاتينول + فيبسيڊ لمدة ٤ جرعات بالإضافة للعلاج الإشعاعى

٢- يعاد تقييم الحالة :-

- فى حالة وجود أستجابة للعلاج (أكثر من ٥٠ %) يعطى باقى الجرعات

- فى حالة عدم وجود أستجابة (أقل من ٥٠ %) وحالة المريض العامة جيدة ١,٢ performance

يعطى المريض جرعتين من أحد البروتوكولات الآتية :-

١- جيمزار + بلاتينول

٢- تاكسول + بلاتينول

٣- تاكسوتير + بلاتينول

ويعاد تقييم الحالة طبقاً للأستجابة

Biologic therapy for Rheumatoid Arthritis

- 1) Biologic therapy is indicated for those patient failed to be controlled (moderate to high disease activity and having one or more of poor prognostic factors) by the above treatment regimen for more than continuous 6 months. It is given in addition to prednisolone 5-10 mg daily, and MTX or leflunomide,**
- 2) Tuberculin, HBsAg, and HCV-Ab testing are mandatory before prescribing biologic therapy,**
- 3) Biological drugs available are used in the following order:**
 - a. 1st. line Etanercept (Enbrel syringe 50mg) once weekly for three months,**
 - b. 2nd. Line Golimumab (Simponi pen 50mg) once monthly for three months,**

OR

- Adalimumab (Humira 40 mg syringe) once every 2 weeks, for three months,**
- c. 3rd. line Infliximab (Remicade vial 100mg) 3 vials IV infusion over 2 hours with premedication by anti-histaminic and hydrocortisone before each infusion. The doses schedule is zero, 2, 6 weeks then every 8 weeks, for three months,**
- d. 4th. Line Tocilizumab (Actimra vials 400+200 mg) by IV infusion over one hour, once monthly, for three months,**
- 4) it is totally not allowed to start by the second line EXCEPT if the first line drug is ineffective or contraindicated)**
- 5) If there is contraindication to or side effects from MTX and leflunomide, give IL-6 inhibitor (Tocilizumab) + the rest of the protocol.**
- 6) After achieving the target continuously for 3 months (remission or low disease activity), start tapering of the biologic drug by either halving the dose (better) or doubling the interval (which is applicable according to the available biologic doses preparation) & continue other medications,**
- 7) Re-evaluate after another 3 months,**
 - a) If the disease flared, resume the same biologic drug by the original dose before tapering with follow up every 3 months till achieving the target continuously for 3 months (remission or low disease activity), then start tapering again of the biologic drug by either halving the dose (better) or doubling the interval (which is applicable according to the available biologic doses preparation).**
 - b) If the disease still in remission, stop the biologic drug and continue the other non-biologic drugs and steroids with follow up every 3 months.**

Biological therapy for ankylosing spondylitis

1) Biological therapy (Anti-TNF or IL-17 blocker) for 12 weeks is indicated for:

- a) Patients with persistently high disease activity despite conventional treatments (above measures without significant improvement)**
- b) Patients with extra-articular manifestations, for example, psoriasis, uveitis and/or IBD not responding to above and local treatment,**

2) Tuberculin, HBsAg, and HCV-Ab testing are mandatory before prescribing biologic therapy,

3) In selection of the biological drug should be in the following order:

- a. 1st. line: therapy: Secukinumab (Cosentyx 150 mg pen) without loading dose i.e. 3 doses over three months,**
- b. 2nd. Line: Etanercept (Enbrel syringe 50mg) once weekly for three months,**
- c. 3rd. line: Golimumab (Simponi pen 50mg) once monthly for three months,**

OR

Adalimumab (Humira 40 mg syringe) once every 2 weeks, for three months,

d. 4th. Line: Infliximab (Remicade vial 100mg) 3 vials IV infusion over 2 hours with premedication by anti-histaminic and hydrocortisone before each infusion. The doses schedule is zero, 2, 6 weeks then every 8 weeks, for three months,

e. 5th. Line: Secukinumab (Cosentyx 150 mg pen) with loading dose i.e. 6 doses over three months,

4) Extra-articular manifestations, as uveitis and IBD, should be considered as TNF receptors (Etanercept) is not effective in controlling these manifestations,

5) reassess the patient disease activity and improvement using BASDAI or ASDAS, after at least 12 weeks,

a. If no improvement, (BASDAI < 2 or less than 50% relative improvement from previous BASDAI OR ASDAS improvement < 1.1) the biologic drug is considered ineffective and should be switched to the second in list,

b. If improved (BASDAI ≥ 2 or more than 50% relative improvement from previous BASDAI OR ASDAS improvement ≥ 1.1) continue,

Biological therapy for psoriatic arthritis

1) Biological therapy is indicated in PsA patients who has:

- A. insufficient response to all the above lines of therapy,**
- B. purely axial disease (from the start biologics can be used),**
- C. severe enthesitis,**

2) Tuberculin, HBsAg, and HCV-Ab testing are mandatory before prescribing biologic therapy,

3) In selection of the biological drug should be in the following order:

- a. 1st. line: therapy: Secukinumab (Cosentyx 150 mg pen) without loading dose i.e. 3 doses over three months,**
- b. 2nd. Line: Golimumab (Simponi pen 50mg) once monthly for three months,**

OR Adalimumab (Humira 40 mg syringe) once every 2 weeks, for three months,

c. 3rd. Line: Infliximab (Remicade vial 100mg) 3 vials IV infusion over 2 hours with premedication by anti-histaminic and hydrocortisone before each infusion. The doses schedule is zero, 2, 6 weeks then every 8 weeks, for three months,

d. 4th. Line: Secukinumab (Cosentyx 150 mg pen) with loading dose i.e. 6 doses over three months,

OR

Secukinumab (Cosentyx 300 mg pen) without loading dose i.e. 6 doses over three months,

e. 5th. Line: Secukinumab (Cosentyx 300 mg pen) with loading dose i.e. two pens SC weekly for 4 weeks, then 2 pens once monthly for 2 months, (12 pens over three months).

Tuberculin, HBsAg, and HCV-Ab testing are mandatory before prescribing biologic therapy,

Biologics allowed for use in JIA are in the following order:

1st line: Tocilizumab (Actimra)

2nd line: Adalimumab (Humira)

3rd line: Etanercept (Enbrel)

Biologics allowed for use in inflammatory bowel disease (ulcerative colitis and crohn's disease) are in the following order:

In ulcerative colitis: Golimumab (Simponi)

1st line: Adalimumab (Humira)

2nd line: infliximab (Remicade)

Biologics allowed for use in middle, posterior or panuveitis are in the following order:

Adalimumab (Humira)

٢- أدوية الأوعية الدموية

بروتوكول العلاج بمثبطات تخثر الصفائح الدموية

متلازمة الشريان التاجي الحادة

وتشمل احتشاء عضلة القلب المصحوب ب elevated S- T segment أو الغير مصحوب ب elevated S - T segment (ذبحة صدرية غير مستقرة أو احتشاء عضلة القلب) مع أو بدون تركيب دعامة يتم إعطاء الكلوبيدوجريل مع الأسبرين (٧٥-١٠٠ مجم يومياً) الجرعة التحميلية :-

يعطي ٣٠٠ مجم يعقبها ٧٥ مجم يومياً لمدة لاتقل عن ١٤ يوم وتصل إلى ١٢ شهر (فى حال عدم وجود نزيف)

الذبحة الصدرية غير المستقرة

الجرعة التحميلية:-

يعطي ٣٠٠ مجم يعقبها ٧٥ مجم يومياً لمدة لاتقل عن ١٤ يوم وتصل إلى ١٢ شهر بالإضافة إلى الأسبرين بجرعة ٧٥-١٠٠ مجم يومياً ثم يعقب ذلك الأسبرين باستمرار

مرض الشريان التاجي المستقر

أسبرين بجرعة ٧٥ -١٠٠مجم يومياً

قسطرة الشرايين التاجية من خلال الجلد مع تركيب دعامة

جرعة تحميلية :-

٣٠٠-٦٠٠ مجم مبكراً بقدر الامكان قبل أو وفى وقت الاجراء ثم ١٥٠ مجم يومياً فى الأسبوع الأول بعد تركيب الدعامة ثم ٧٥ مجم يومياً لمدة ستة شهور (وقد تصل إلى ١٢ شهر فى حال مخاطر نزف قليلة بالإضافة إلى الأسبرين بجرعة ٧٥-١٠٠ مجم يومياً) بصرف النظر عن نوع الدعامة ويعقب ذلك الأسبرين باستمرار (ويمكن إيقاف الكلوبيدوجريل بعد ثلاثة شهور فى حال وجود درجة خطورة نزف عالية)

مابعد جراحة تغيير الشرايين

كلوبيدوجريل ٧٥ مجم + أسبرين يومياً لمدة ثلاث شهور وقد تصل إلى عام يعقبها الأسبرين باستمرار

الوقاية السنوية لامراض القلب والأوعية الدموية

ينصح بعقار الكلوبيدوجريل بجرعة ٧٥ مجم يومياً بالإضافة إلى الأسبرين للمرضى غير المعرضين لخطورة نزف عالية ولكن معرضين لخطورة أمراض القلب والأوعية الدموية ينصح بذلك أيضاً للذين يعانون من قصور شديد فى الدورة الدموية للأطراف أو تاريخ مرضى بإجراء عملية ترقيع للأوعية الدموية أو عملية بتر بسبب قصور بالدورة الدموية

بروتوكول علاج مرضى الصرع

١. يتم البدء بعقار Micronized phenytoin Sod وتزداد الجرعة تدريجياً للحصول علي المفعول العلاجي وذلك للمرضي الذين تم تشخيصهم حديثاً بنوبات الصرع الجزئي البسيط والمركب الذي يتحول الي صرع كلي .

٢. في حالة عدم الاستجابة يمكن إضافة عقار آخر مثل Carbamazepin وتزداد الجرعة تدريجياً للحصول علي المفعول العلاجي .

٣. في حالة عدم الإستجابة يضاف دواء ثالث Sod - Valproate مع سحب الأول تدريجياً

البروتوكول العلاجي لمرضى السكر

من طلاب المدارس قبل السن المدرسي

عند اكتشاف إصابة الطفل بمرض السكر بعد إجراء التحاليل الطبية داخل وحدات الهيئة
لا يعتد بأي تحليل يجري خارج وحداتها يتم :

أولاً: يتم عرض الطفل مريض السكر علي الإستشاري او الأخصائي بمراكز علاج السكر بفروع الهيئة
ثانياً: يقوم الطبيب المعالج بإجراء الكشف الطبي علي المريض ووصف الأنسولين المناسب له بالجرعات
حسب عمره ووزنه وحالته (0.5 – unit/kg body weight) . ويمكن زيادة هذه الجرعة عند البلوغ
أو الطوارئ.

ويقوم الطبيب المعالج بطلب الفحوصات المطلوبة له بصفة دورية كل ستة شهور وهي فحص قاع العين
وتحليل الهيموجلوبين السكري HbA1C وفحوصات وظائف الكلي **Kidney Function Tests**
سنوياً
طريقة الصرف :

يتم الصرف من صيدليات الهيئة طبقاً للتذكرة الطبية المحررة من إستشاري السكر أو الأخصائي والمحدد
بها:

١. نوع الأنسولين وجرعة العلاج .

٢. شرائط تحليل السكر بالدم بدون جهاز (علبة واحدة بها ٢٥ شريط كل شهرين) علي أن يتم تقسيم
كل شريط إلي جزئين بمعرفة ممرضة مركز السكر .

٣. صرف الأقلام للطلاب بمعرفة الشركة بالإتفاق مع مدير العيادة والأخصائي لتحديد يوم عمل للشركة
كل أسبوع لعمل توعية تثقيفية عن كيفية إستخدام القلم وأماكن الحقن وطريقة حفظ الأنسولين
وتسليم القلم للمريض.

ويتم أخذ بيانات المربوطين (السن - الجرعة - نوع الأنسولين - التليفون - الطبيب - المعالج - تاريخ
تسليم القلم) علي أن يتم حفظ البيانات بملف المريض بمركز السكر الخاص .

ملحوظة : يتم التنبيه علي المرضى بأنه لن تصرف خراطيش الأنسولين في المرة التالية (شهرياً أو كل
شهرين) إلا بعد أسترجاع الخراطيش الفارغة .

بروتوكول علاج مرض السكر

توصيات هامة :

1. يتم عمل ملفات لجميع المرضى بالعيادات التي تعالج مرضي السكر ويحتفظ بها بالعيادة وتحتوي هذه الملفات علي التحاليل الطبية الخاصة بالمريض وخريطة العلاج .
2. يتم إجراء التحاليل الطبية بداخل وحدات الهيئة (العيادات الشاملة أو المستشفيات) ولا يعتد بأي تحليل تم خارج وحدات الهيئة .
3. مراعاة أن ٨٥% من مرضي السكر يتم تحسن حالتهم بعلاجهم بالأقراص وحوالي ١٥% فقط تحتاج حالتهم العلاج بالأنسولين .

بروتوكول العلاج لمرض السكر

أولاً: إذا كان مستوي السكر في الدم بعد الأكل PPBS أكثر من الطبيعي وأقل من 250 mg/dl

1. إتباع نظام غذائي صحي طبقاً للرجيم الغذائي المرفق .

2. إنقاص الوزن بالنسبة للمرضي over weight .

و ذلك لمدة ستة أشهر و يتابع المريض

ثانياً : في حالة عدم الاستجابة أو في حالة PPBS > 250 mg/ dl

1. إتباع نظام غذائي صحي طبقاً للرجيم الغذائي المرفق .

2. إنقاص الوزن بالنسبة للمرضي over weight .

3. إعطاء المريض أقراص لعلاج السكر علي النحو التالي :

أ. مجموعة Sulphonyl – Urea Tab وتشمل الأنواع التالية المدرجة بالدليل

(جليبين – ديابين – جلايبيناز – جليبنكلاميد – مينيدياب – جليبيكرون – ديابيل) وتعطي للمريض

معتدل الوزن .

ب. مجموعة Biguanide وتشمل الأنواع التالية المدرجة بالدليل (ديافاج – سيدوفاج – ميتفورمين – سيدوفاج ريتارد – ريتاردوفاج) وتعطي للمريض الذي يعاني من زيادة في الوزن.

ج. يتم التدرج بالجرعة الأقل فالأكثر حسب إستجابة المريض ويمكن الوصول الي الحد الأقصى للجرعة

لكل دواء علي النحو التالي :

Sulfonyl – Urea Tab

1. Glibenclamide : 20mg/day (1x4)
2. Gliclazide : 320 mg/ day (1x4)
3. Glipizide : 30 mg / day (2x3)

Biguanides Tab

1. Metformin : 3000 mg / day (2x3)
2. Metformin Retard : (1x3)

- علي أن يتم وصف الأقراص لمدة ثلاثة شهور مستمرة علي الأقل لبيان مدي فاعليته .
- في حالة عدم الإستجابة (لكل مجموعة من الأقراص علي حدة بالجرعات القصوى) يتم وصف المجموعتين معاً (Sulfonyl- urea tab + Biguanides Tab)
- ويتابع المريض لمدة ثلاثة شهور أخري مستمرة علي الأقل لبيان مدي الفاعلية .
- في حالة عدم الإستجابة يوصف الأنسولين علي النحو التالي :
- ١. يوصف أنواع الأنسولين : الميكستارد - أو لنت - أو إن بي اتش
- Mixtard – Lent – N.P.H** من ١٠-١٥ وحدة في اليوم أي زجاجة واحدة فقط في الشهر
- ويفضل أن يؤخذ في المساء فقط . بالإضافة الي دواء من مجموعة
- (Metformin or Cidophage or Metformin Retard) Biguanides tab**
- فقط وتوقف مجموعة Sulfonyl Urea tab ويتابع المريض لمدة ثلاثة شهور أخري مستمرة علي الأقل لبيان مدي الفاعلية .
- ٢. في حالة تحسن حالة المريض وبعد إنخفاض نسبة السكر في الدم إلي 250 mg / dl أو أقل بعد الأكل بساعتين يستمر علاج المريض بالأقراص فقط ، أي أن وصف الأنسولين لهؤلاء المرضى لمدة محدودة فقط وهي ثلاثة شهور .
- ٣. مع مراعاة أنه ٨٥% من مرضي السكر يتم تحسن حالتهم علي هذا النظام من العلاج أي باستخدام الأقراص فقط .
- ٤. وحوالي ١٥% فقط لا تتحسن حالتهم ويتم علاجهم بالأنسولين ويوقف الأقراص بأنواعها يفضل أن يعطي الأنسولين صباحاً ومساءً وتحدد الجرعة حسب نسبة السكر في الدم :

0.5 IU/Kg Lean Body Weight

بحد أقصى من ٣-٤ زجاجات إنسولين ١٠٠ وحدة كل شهرين.

- في حالة عدم الإستجابة **Insulin Resistance**

١. يبحث سبب وجود **Insulin Resistance** مثل

Hidden Infection Especially Urinary Tract Infection

Uncontrolled I.H.D

Over eating

٢. يعطي المريض انسولين مائي بجرعات تقسم علي ٣ - ٤ مرات يومياً وبحد أقصى من

٣-٤ زجاجات انسولين ١٠٠ وحدة كل شهرين .

- في حالة عدم الاستجابة يحول المريض الي عيادة الغدد الصماء المتخصصة لمتابعة حالته بمعرفة الإستشاري .

ضوابط يجب مراعاتها عند تحديد جرعة الأنسولين

١. تقلل الجرعة في الأحوال التالية :

- مرض السكتة الدماغية .
- مرض قصور الشرايين الدماغية .
- مرضي الكلي المزمن .
- مرض الكبد المزمن .

٢. اذا كان المريض في حالة حرجة أو شبه حرجة مثل جلطة القلب أو السكتة الدماغية أو أي

أزمة حادة يعطي أنسولين فقط داخل المستشفى ويعاد وصف الأقراص بعد أيام قليلة من

خروجه من المستشفى وإستقرار الحالة .

ضوابط صرف خراطيش الأنسولين للحالات المستحقة

- حالات الإحتياج لتكرار الحقن بجرعات أنسولين ٣ مرات أو أكثر يومياً طبقاً لتوصية الإستشارى
- حالات ضعف حدة الإبصار بما يعوق الرؤية (طبقاً لرأى طبي ٦٠/٦ أو أقل) يتعذر معه ضبط الجرعات
- الحالات التى يتجاوز العمر ٧٠ سنة وذوى الإعاقة وطريح الفراش
- حالات إرتفاع نسبة الهيموجلوبين السكرى (HBA1C) أكثر من (١٠)
- المضاعفات المزمنة لمرض السكر

* القدم السكرى

* فشل كلوى مزمن

* تدهور وظائف الكلى (كرياتينين اكثر من ٢) End stage nephropathy

* جنطات القلب

* جنطات أو نزيف المخ

* السكتة الدماغية

ضوابط استخدام مثبتات المناعة بعد زرع الكلى



ملحوظة :

- اخلاقياً و علمياً يجب عدم اجراء زرع كلي في حالة وجود مرض بدرجة مؤثرة في الكبد مدعم بالفحص السريري والموجات الصوتية وتحاليل للكبد وفي حالة وجود شك يجب اخذ عينة باثولوجية .

- في حالة وجود احتمالات عالية للرفض يستحسن عدم الزرع وفي حالات الضرورة القصوي يعطي عقار السيميوليكت (الأجسام المضادة) في جرعتين يوم الزرع واليوم الرابع

تعليمات وصف عقار Alpha-Calcidol

يقتصر وصف دواء : Alphacalcidol caps على حالات الفشل الكلوي و التي تستمر على الغسيل

الكلوي فقط أو الفشل الكلوي المتقدم الذي يحدده الاستشاري و حالات Hypoparathyroidism

و كعلاج أساسي في حالات هشاشة العظام بالإضافة إلى الكالسيوم على أن يكون بواقع حبة واحدة يومياً

ويكرر

بروتوكول عقار الأريثروبيوتين لعلاج الأنيميا المصاحبة لمرضى الفشل الكلوي المزمن

أولاً :- كفاءة الجلسة (KTV)
تقيم كفاءة الجلسة (KTV) والتحقق من أن المريض يقوم بإجراء الجلسات لمدة ١٢ ساعة أسبوعياً على الأقل وطبقاً للمعايير

ثانياً :- أستبعاد الأسباب الأخرى للأنيميا
يتم أستبعاد الأسباب الأخرى للأنيميا بإجراء الفحوص والتحاليل اللازمة لتشخيص سبب الأنيميا وأستبعاد الأسباب الأخرى التي تمنع أستجابة المريض للعلاج بهرمون الأريثروبيوتين وهي :-
- صورة دم كاملة CBC
- أستخلاص اليوريا قبل وبعد الجلسة URR (Urea reduction ratio)
- قياس دلالات الحديد (Ferritin – Fe – TIBC)
- دم خفي في البراز أو منظار معدة لتحديد وجود تقرحات بالمعدة

ثالثاً :- تحديد نسبة الهيموجلوبين لبدء العلاج
يبدأ العلاج بعقار الأريثروبيوتين للمرضى الذين تكون نسبة الهيموجلوبين لديهم أقل من ١٠ جم وبعد أستبعاد أسباب أخرى للأنيميا وعلى أن يتم تقييم ذلك بمعرفة الأستشاري .

رابعاً :- الجرعة العلاجية
الجرعة العلاجية من عقار الأريثروبيوتين ١٠٠ وحدة لكل كيلو جرام في الاسبوع ويستمر العلاج لحين وصول نسبة الهيموجلوبين من ١٠ – ١١ جم

خامساً :- الجرعة الثابتة
الجرعة الثابتة من عقار الأريثروبيوتين عند وصول الهيموجلوبين من ١٠ – ١١ جم
- في حال انخفاض الهيموجلوبين أقل من ١٠ جم يتم زيادة الجرعة بنسبة ٢٥ %
- في حال ارتفاع نسبة الهيموجلوبين أكثر من ١١ جم يتم تخفيض الجرعة بنسبة ٢٥ %

Erythropoietin use in HCV therapy

Ribavirin (RBV) related Anemia:

- **Anemia is multifactorial, Hemolysis is universal in patient's receiving RBV.**
- **Full dose of both PEG – IFN and RBV permits 75% of EVRs to have an ultimate SVR. RBV dose reduction results in a fall to 67% and RBV discontinuation resulted in a fall to 12%.**
- **Adherence to RBV dosage during the first 12 weeks of treatment is critical ultimately obtaining an SVR. Any measures that reduce hematological AEs of RBV and keep patients on full therapy are likely to be of benefit.**

Management of RBV-Related Anemia:

1. RBV Dose Modification and Discontinuation:

- **Reduce the RBV dose by 30% for Hgb < 10g/dl**
 - **Obtain blood counts every 2 weeks (or weekly if indicated)**
 - **RBV should be discontinued if the Hemoglobin drops < 8.5 g/dl**
 - **Individuals with cardiac disease require early reduction of RBV if Hgb drops <12gm/dl, and discontinuation of RBV if their Hgb drops <10g/dl.**
 - **Dose reduction stabilizes Hgb decline, but doesn't result consistent Hgb Increases.**
- 2. For patients with history of coronary disease, reduction of DEG -IFN dose by 25-50% in addition to decreasing RBV.**

3. Erythropoietin (EASL guidelines 2011)

- **Use if:**
 - **Hgb <10.0g/dl.**
 - **Hgb decrease >3g/dl from start of treatment and patient is experiencing severe fatigue.**
- **Especially important in the first 3 months of treatment until it is known whether the patient is an early viral responder (EVR). CEVR is strongly associated with SVR.**
- **In patients who are not cEVR, the benefit of continued anti - HCV treatment is less clear, and EPO use is not recommended.**
- **Eporex ® (4.000) (Epoetin Alfa) or Recormon ® (2.000, 5.000) (Epoetin Beta) or Epoetin (SEDICO 2000 & 4000 I.U.).**
- **Initial dose 4.000 unit's SQ 3times / week.**
 - **Monitor blood pressure as EPO can cause /exacerbate HTN.**
 - **Monitor CBC every 2 weeks.**
- **Lab response takes 2-3 weeks**
 - **If Hgb increases to >12g/dl STOP EPO and check CBC weekly.**
 - **Full dose RBV restarted when Hgb increases >10g/dl.**
 - **For patients with coronary disease, full dose RBV restarted when**

Hgb >12

Gilenya (Fingolimod)

0.5 mg capsule

Second-line treatment for relapsing remitting multiple sclerosis (RRMS) according to EU but first line treatment in the USA

Indications:

RRMS

In patients who have failed to respond to a full and adequate course (1 year) of beta interferon

In patients who have had at least 1 relapse in the previous year while on therapy and have at least 9 T2 hyper intense lesions on MRI or at least 1 G⁺ lesion .

Also in patients with increased relapse rate or ongoing severe relapses , as compared to the previous year

Aggressive MS

RRMS with one or more of the following features;

EDSS score of 4 within 5 years of onset

Two or more relapses with incomplete resolution in the past year

More than 2 MRI studies showing new or changing T2 lesions or G⁺ lesions despite treatment

No response to therapy with one or more of DMTs for up to 1 year

Contraindications to interferon-beta(depression-allergy)

Progressive relapsing MS(EDSS does not exceed 4)

INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN (IVIG)
CONDITIONS FOR WHICH INTRAVENOUS IMMUNOGLOBULIN USE IS
APPROPRIATE AND IS CONSIDERED THE HIGHEST PRIORITY BECAUSE OF
A RISK TO LIFE WITHOUT TREATMENT
(Clinical guidelines for IMMUNOGLOBULIN USE
2nd EDITION UPDATE SCOTLAND, March 2012)

I. PRIMARY AND SECONDARY ANTIBODY DEFICIENCY STATES:

- 1. Primary immunodeficiencies (associated with significant antibody defects): Initiate at 0.4–0.6 g/kg/month; dose requirements may increase and should be based on clinical outcome.**
- 2. Thymoma with immunodeficiency: Dose as above.**
- 3. HSCT in primary immunodeficiencies: Dose as above.**
- 4. Specific antibody deficiency: Dose as above.**

II. HAEMATOLOGY:

- 1. Alloimmune thrombocytopaenia (foeto- maternal/neonatal):
Maternal: 1 g/kg weekly throughout pregnancy. Neonatal: 1 g/kg; occasionally >1 dose required if thrombocytopaenia persists.**
- 2. Haemolytic disease of the newborn: 0.5 g/kg over 4 hours.**
- 3. Immune thrombocytopaenic purpura – acute:
If corticosteroids are contraindicated or more rapid response required; If no response to corticosteroids and other treatments contraindicated; Prior to surgery to achieve a safe platelet count; In children (<16 years) for emergency or prior to procedure likely to induce bleeding:
Use 1 g/kg (0.8–1 for children) as a single infusion, to be repeated at later date if platelet count has not responded.**
- 4. Immune thrombocytopaenic purpura – persistent:
For symptomatic cases unresponsive to all other treatments, IVIG is appropriate only for emergency management, e.g. potentially life-threatening haemorrhage and/or bleeding into a critical area:
Use 1 g/kg (0.8–1 for children) as a single infusion, to be repeated at later date if platelet count has not responded.**

III. NEUROLOGY:

- 1. Chronic Inflammatory Demyelinating Polyradiculoneuropathy:**
2 doses of IVIG (2 g/kg given over several days) 6 weeks apart; restarted at relapse and repeated using the 'time to relapse' as the interval between courses (i.e. if a patient relapses after 6 weeks, 2 g/kg is given over several days every 6 weeks).
- 2. Guillain-Barré syndrome (includes Bickerstaff's brain stem encephalitis):** 2 g/kg usually given over 5 days (shorter time frame not recommended because of potential fluid overload and autonomic problems); second dose may be considered at 14 days for non-responsive or late deteriorating patients.
- 3. Paraprotein-associated demyelinating neuropathy (IgM, IgG or IgA):**
2 doses of IVIg (2 g/kg given over several days) 6 weeks apart; restarted at relapse and repeated using the 'time to relapse' as the interval between courses.

IV. OTHER

- 1. Kawasaki disease:**
2 g/kg single dose, given over 10–12 hours, in conjunction with high-dose aspirin; a second dose may be given if no response, or if relapse within 48h.
- 2. Toxic epidermal necrolysis, Stevens Johnson syndrome:**
Involved body surface area >10%; AND When other treatments are contraindicated; OR The condition is life-threatening:
2 g/kg, preferably as a single dose, or divided over 3 consecutive days.

استخدام الألبومين البشري في مرضى تليف الكبد

استخدام الألبومين البشري في تليف الكبد ودواعي استعماله تقل تدريجياً بناءً على توصيات كل جمعيات ومنظمات الكبد العالمية .

لا يوجد دور أو داع لاستخدام الألبومين كعلاج للتليف أو لإصلاح أو رفع مستوى الألبومين في الجسم مهما كان مستوى الألبومين وبغض النظر عن قلته .

حالياً يقتصر استخدام حقن الألبومين على الحالات التالية فقط :

* المرضى الذين يجري لهم بذل استسقاء بحجم كبير

(Large volume paracentesis) (أكثر من ٥ لتر في الجلسة):

بجرعة ٥ جرام البيومين لكل لتر من الإستسقاء يتم بذله ، يعطي علي مرة واحدة مع البذل ، ولا يكرر إلا بتكرار البذل بحجم كبير وبذلك يعطي زجاجة ٥٠ سم ٢٠% بها ١٠ جرام البيومين لكل ٢ لتر من الاستسقاء يتم بذله إذا زاد حجم البذل عن ٥ لتر (مثلاً إذا تم بذل ٨ لتر يعطي المريض ٤ زجاجات البيومين) قرب نهاية البذل علي مدي نصف ساعة لكل زجاجة (وبدون حقن مدرة للبول مثل اللازكس) تفصيلاً حسب الجدول.

التركيز	حجم الزجاجة	محتوي الألبومين	تكفي عدد لترات من البذل
20%	50ml	10 gm	2
20%	100ml	20 gm	4
25%	50ml	12.5 gm	2.5
25%	100ml	25 gm	5

١. مرضى الالتهاب البريتوني التلقائي (Spontaneous Bacterial Peritonitic SBP)

إذا كانت الصفراء الإجمالية ٤ ملجم أو أكثر أو كان الكرياتينين أعلى من الطبيعي لمنع الإصابة بفشل كلوي - كبدي ولا يوجد داع استعمال في المرضى الذين تقل فيهم الصفراء عن ٤ ملجم والكرياتينين طبيعي .

الجرعة ٥, ١ جرام لكل كيلو جرام من وزن المريض في أول يوم ثم يكرر بجرعة ١ ملجم لكل كيلو جرام لكل كيلو جرام من وزن المريض في ثالث يوم .

٢. في علاج الفشل الكلوي - الكبدي (Hepato- Renal Syndrome)

يستخدم فقط في مراكز العلاج المتقدم التي يتوفر فيها إمكانيات زرع كبد. يستخدم فقط بالإضافة للأدوية المفصلة للدورة الدموية (جليوبريسين أو خليط أو كريوتايد- ميدودرين) ولا يستخدم الألبومين بمفرده لعدم جدواه .

الجرعة ٢٠-٤٠ جرام البيومين يومياً بالإضافة الي ٥, ٠ ملجم - ٢ ملجم جليوبريسين بالوريد كل ٤ ساعات

لا يجب استخدام الألبومين في مرضى تليف الكبد من الكبار الذين لا يجري لهم جراحات الا في الحالات المحددة سابقاً .

Albumin Protocol

Albumin use in adults with liver cirrhosis

I-There is no indication for albumin to correct hypo-albuminemia whatever the level of serum albumin.

11-Indications:

1-In Patients with Refractory Ascites undergoing large volume paracentesis (more than five liter paracentesis):

Dose 5 gm albumin per liter of Ascites removed once.

(Bottle 50 ml 20% containing 10 gm albumin for every 2 liters Ascites removed) To be given after the end of the tap. Over 30 minutes and without lasix injection.

1. Spontaneous Bacterial Peritonitis:

In Patients with elevated bilirubin (above 4 mg/dl and/or Creatinine above normal (not needed in patients with bilirubin < 4 mg / dl and normal Creatinine)

Dose: 1.5 gm/kg on first day and then 1 gm/ kg daily.

2. Hepatorenal Syndrome :

Should be used with vasoactive drugs should not be given without glypressin or octreotide / midodrine.

Dose: 20 – 40 gm daily with glypressin 0.5 -2 mg IV every 4 hrs

Albumin should not be used for adults with cirrhosis not undergoing surgery outside the above indications

برتوكول وصف الأدوية المسيلة للدم أثناء الحمل فى وجود تغيير صمامات القلب

١. عند تأكد الحمل يوقف الماريغان ويستبدل بالهيبارين بجرعة تتراوح بين ١٠ إلى ١٥ ألف وحدة تحقن تحت الجلد كل ١٢ ساعة علي ان يكون نتيجة تحليل PTT من ٢ الي ٣ أضعاف المعدل الطبيعي ويستمر هذا النظام طوال فترة الثلاثة شهور الأولي من الحمل .

٢. في الثلاثة شهور الوسطي وحتى منتصف الثلاثة شهور الأخيرة تعود السيدة لأخذ الماريغان وتوقف الهيبارين مع ضبط الجرعة بحيث تكون ال INR من ٢ الي ٣ في حالة الصمام الأورطي أو الذبذبة الأذينية ومن ٢,٥ إلى ٣,٥ في حالة الصمام المترالي .

٣. في منتصف الثلاثة شهور الأخيرة تعود السيدة لأخذ الهيبارين بنفس الجرعة السابقة ذكرها وتوقف الماريغان حتى الدخول في الولادة الطبيعية أو تحديد موعد للولادة القيصرية فيوقف الهيبارين قبلها بستة ساعات (٦ ساعات) .

٤. يستأنف الهيبارين بعد الولادة وبعد الاطمئنان علي عدم وجود اى خطر للنزف ويعود معه الماريغان بنفس الجرعة السابق ذكرها حتى نصل بنتيجة تحليل ال INR للمعدل المطلوب وعنده يتوقف الهيبارين وتستمر السيدة علي الماريغان بعد ذلك وتتابع بالعيادة الخارجية .

ملحوظة هامة : لا توجد موانع للعلاج بالماريغان أثناء الرضاعة حيث أنه لا يفرز فى اللبن

بروتوكول العلاج بالهيبارين منخفض الوزن الجزيئي

دواعى الإستخدام :-

- ١- الوقاية من الجلطات الوريدية العميقة والتي قد تؤدي إلى الإنسداد الرئوى :
 - * مرضى العمليات الجراحية فى البطن
 - * مرضى جراحة أستبدال مفصل الورك
 - * أمراض الحالات الحادة المقترنة بتقييد شديد للحركة
 - ٢- علاج الجلطات الوريدية العميقة الحادة . يعطى مع وارفارين .
 - ٣- الوقاية من المضاعفات الأقفارية Ischemic للذبحة الصدرية غير المستقرة
 - ٤- علاج متلازمة الشريان التاجى الحادة المصحوبة بارتفاع فترة الأس تي . يعطى مع الاسبرين متوسط مدة العلاج : عشرة أيام
- الجرعات

Doses	Enoxaparin	Nadroparin
Prophylactic dose	40 mg SC Once daily	0.3ml (2.850 anti- Xa IU) Once daily
Therapeutic dose	1 mg / kg / 12 hr	86 anti- Xa IU PER kg body weight / 12 hr

- ٥- الوقاية من الجلطات أثناء الغسيل الكلوى :
 - نادروبارين ٦٥ وحدة / كجم من وزن الجسم تحقق فى الشريان عند بدأ كل جلسة .
 - يستخدم نصف الجرعة فى المرضى المعرضين لخطورة النزف .

LHRH Analogues بروتوكول وصف Leutinising hormone releasing hormone Analogue

● يصرف هذا الهرمون في حالات البلوغ المبكر المركزي (Central Precocious Puberty)

● يصرف هذا الهرمون للحالات المذكورة بعد عمل الفحوصات الآتية :

١. LHRH TEST

إذا كان $\frac{LH}{FSH}$ Peak of Ratio > 0.6

٢. رنين مغناطيسي علي المخ
إذا كان الرنين المغناطيسي يظهر وجود أي أورام بالمخ مسببة للبلوغ المبكر المركزي .
٣. مقياس طول
إذا كان مقياس الطول أكثر من المعدل الطبيعي لطول المريض .
٤. عمل أشعة علي الرسغ الأيسر لقياس السن العظمي
إذا كان السن العظمي أكثر من سن المريض الأصلي .

Decapeptyl 3.75 mg Syringe

١. لا يتم وصف هذا العقار إلا بعد إجراء الفحص الإكلينيكي والأبحاث المعملية اللازمة لذلك مثل :

- LH LHRH
- F S H
- Estrogens
- Testosteron

٢. يستمر إعطاء دواء Decapeptyl حتي عمر الحادية عشرة بالنسبة للذكور والإناث .

Growth Hormone Treatment

Indications:

- 1. Short stature due to growth hormone deficiency.**
- 2. Turner Syndrome**
- 3. Hormonal replacement after treatment of brain tumor**
- 4. ISS with height less than -4SD with GV less than -1SD after 6 -12 months of observation**

Diagnostic Criteria for GH deficiency (GHD):

- 1. Short stature (height <-3SD) that is inappropriate for the target centile range**
- 2. Subnormal growth-rate; as a rough guide less than 5cm per year in a prepubertal child over 2 years of age, to be calculated over a period of NOT less than 6 months**
- 3. Normal karyotype in girls**
- 4. Bone age delay <2SD**
- 5. Normal thyroid functions. If abnormal, thyroid functions must be normalized with treatment before performing GH provocation**
- 6. Subnormal GH response to 2 provocation tests (insulin and clonidine). Peak GH < 7 ng/ml. Cortisol is to be measured in the 60 minute sample of an insulin tolerance test**
- 7. For the following categories one test is sufficient:**
 - a. Defined CNS pathology**
 - b. History of irradiation**
 - c. Multiple pituitary hormone deficiency (MPHD)**
- 8. MRI sella turcica to be done on individual basis**

Exclusion Criteria:

- 1. Dysmorphic syndrome associated with short stature**
- 2. Skeletal dysplasia**
- 3. Systemic diseases causing growth failure**
- 4. Children under corticosteroid treatment**
- 5. Familial short stature**

Males with a bone age of 15.5 years or more and females with a bone age of 13.5 years or more

6. **Children with a known risk of malignancy, e.g. chromosomal abnormality such as Down and Bloom syndromes**
7. **Evidence of brain atrophy**
8. **Growth failure due to diabetes**
9. **I.Q less than 75%**

Dosage:

- **Dose for Growth hormone deficiencies :0.03 mg/kg/day or 0.09 IU/kg/day**
- **Dose for ISS: 0.04 mg/kg or 0.12 IU/kg/day.**

GH should be given 7days-per week by subcutaneous injection. Results may worsen if frequency is reduced.

Response Criteria and Termination of Therapy:

1. **Minimum height velocity of 5cm/year**
2. **In cases where the above criterion is not met, an increased dose of GH may be approved to a maximum of 0.04 mg/ kg/day or 0.12 IU/kg/day. If response is inadequate after a six-month period at the maximum dose, treatment should cease.**
3. **No improvement of the standard deviation score after 1 year of treatment in prepubertal children or according to bone age.**
4. **Growth hormone treatment should be discontinued once growth velocity declined to ≤ 2 cm/year (the bone age has reached 15.5 years in males and 13.5 years in females. This skeletal maturity represents 97.5% of estimated final height)**
5. **In general, treatment with human growth hormone will cease once the patient has reached the 10th adult height centile (females 155 cm; males 165 cm)**

6. Turner Syndrome

Girls with Turner Syndrome will be considered for therapy, if their height is at or below the 75th centile on the Turner specific chart.

1. Karyotype
2. Bone age

Treatment:

- **GH: 0.05 mg/kg/day (0.15 IU/kg/day).** GH should be given at least 6 days per week by subcutaneous injection. Results may worsen if frequency is reduced.
- **Estrogen replacement:** Started at a chronological age of 13 years. The starting dose of depot estradiol (Folone) IM is 0.2 mg; the dose is then increased at successive 6-month intervals by 0.2 mg initially and by 0.5 mg after a dose of 1.0 mg is reached, to a maximum of 3.0 mg monthly. Progestin is not prescribed until after 4 yr of estradiol therapy unless irregular menstrual bleeding occurs.

Response Criteria and Termination of Therapy:

In girls with Turner Syndrome, the growth velocity should exceed that normally expected in untreated Turner girls with reference to the Turner specific chart (at least 3 cm/year)

Therapy may be continued until a satisfactory height has been attained or until the growth rate falls to (bone age is more than 14 years and the patient's height has increased by) ≤ 2 cm/year.

N.B.

For children with a height SD < -4 and normal GH provocation test, if a growth velocity calculated over a 6 month period is subnormal with decline of the standard deviation < 0.5 , a trial of GH treatment for 6 months is started. If the child demonstrates a good response i.e. improvement of GV and height SDS, then therapy is continued. If no improvement is documented after 6 months, therapy is terminated.

٣- أدوية الكبد

HBV Protocol

Inclusion criteria for treatment

- Age \geq 18 years
- HBsAg (+ve) for more than 6 months.
- HBV DNA \geq 2000 IU/ML.
- ALT elevation above upper limit of normal on 2 successive occasions within 3 to 6 months.

Role of Liver biopsy

Liver biopsy is used to guide treatment decisions for patients who show:

- HBV DNA \geq 2000 IU/ML with persistently normal ALT.
- HBV DNA $<$ 2000 IU/ML with persistently elevated ALT.
- HBV DNA $<$ 2000 IU/ML with normal ALT and there is clinical evidence of liver disease or a family history of HCC

Treatment is recommended for those
with A2 and / or F2 or more (Metavir score)

Immunotolerant cases

- Patients under 40 years of age who are:
 - HBeAg positive.
 - With very high viral load.
 - Persistently normal ALT.
- these patients are not candidate for treatment.
- Follow up is recommended:
 - ALT every 3 months.
 - Quantitative HBV DNA by PCR every 6 months.
- Consider liver biopsy if ALT becomes elevated on 2 successive occasions or in patients with a positive family history of HCC.

Medications

First line therapy for all naïve patients is:

Entecavir 0.5 mg once daily or Tenofovir 300mg once daily

For Patients already on treatment

- CHB patients on Lamivudine and HBV DNA is undetectable by PCR
→ continue treatment with monitoring of ALT every 3 months and HBV DNA every 6 months.
- Patients on combined Lamivudine & Adefovir → continue treatment or Shift to Tenofovir 300 mg once daily.
- Lamivudine resistance → Shift: to Tenofovir 300 mg once daily.

Pegylated Interferon

- **Poor response in Egyptian patients who are usually HBeAg negative and Genotype D.**
- **HBeAg positive patients with high ALT level could be offered a chance of treatment with pegylated interferon alpha for 48 weeks.**
- **Assessment is done at week 24 of therapy**
- **In case of seroconversion (patient becomes HBeAg –ve and HBeAb +ve →continue treatment for 48 wks**
- **If no seroconversion →stop treatment and shift to oral antiviral therapy according to previous guidelines**

Special Groups

Liver Cirrhosis

All cirrhotic patients should receive oral antiviral therapy if HBV DNA is detectable by PCR irrespective of the viral load

Compensated Cirrhosis:

- **Entecavir 0.5 mg or Tenofovir 300mg once daily.**

Decompensated Cirrhosis:

- **Entecavir 1 mg once daily.**
- **The dose of antiviral needs to be adjusted in patients with low creatinine clearance (< 50ml/min).**

Renal Insufficiency

Entecavir preferred, with dose adjustments according to creatinine clearance.

Pregnancy

For mothers:

- **all pregnant females should be screened for HBsAg.**
 - **Newly diagnosed pregnant women in the last trimester showing an HBV DNA level ≥ 105 IU/ML candidate for Lamivudine 100 mg or Tenofovir 300 mg once daily starting last trimester and for 3 months after delivery to decrease chance of new-born infection. Re-evaluate the condition after delivery and consider treatment according to the previous guidelines**
- Females who become pregnant while on treatment:**
- **On Lamivudine monotherapy: Continue on treatment**
 - **On Other lines of treatment: shift to class B drug (Tenofovir 300 mg once daily)**

Newborns

- **Newborns for chronic HBV mothers should receive HBIG and the first dose of HBV vaccine at birth (612- hours after delivery).**

HBV/HCV Co infection

- **Patients fulfilling the inclusion criteria for HBV treatment and have co-infection with active HCV (HCV RNA +ve by quantitative PCR),
treat with:
Peg IFN + Ribavirin**

There is a potential risk of HBV reactivation during treatment or after clearance of HCV so measuring HBV DNA by PCR is recommended every 3 - 6 months while on therapy and after discontinuation of therapy and oral antiviral therapy for HBV may be started if needed.

HBV/HDV Coinfection

- **Active HDV infection is confirmed by HDV RNA assays.**
- **Peg –INF is the only effective drug against HDV.**
- **Efficacy of Peg –INF is assessed during treatment after 3 - 6 months by measuring HDV RNA levels.**
- **Optimal duration of therapy is not well defined but therapy for at least 72 wks.**
- **Oral antiviral therapy should be used only when there is active HBV replication according to guidelines.**
- **Refer the patient to a specialized HBV center.**

Dialysis and Renal Transplant patients

- **All patients with renal dysfunction should be screened for HBV.**
- **Seronegative patients should be vaccinated.**
- **In patients with CHB Entecavir is preferred for treatment.**
- **The dose should be adjusted according to creatinine clearance.**

Immunosuppressed Patients

- **All candidates for chemotherapy and immunosuppressive therapy should be screened for HBsAg and anti HBe prior to initiation of treatment.**
- **Vaccination is mandatory for seronegative cases. Higher vaccine doses may be needed.**
- **HBsAg positive patients (irrespective of the viral load) should receive oral antiviral therapy at the onset of chemotherapy and for 12 months after cessation of treatment.**

Immunosuppressed Patients

- Patients who are:
- HBsAg –ve, AntiHBc +ve, HBV PCR +ve should be managed in the same way as HBsAg +ve cases.
- HBsAg –ve, AntiHBc +ve, HBV PCR –ve should be followed-up every 2 - 3 months. Start oral antiviral if HBV PCR becomes positive.

Which oral antiviral?

- Viral load < 2000 IU/ml and short duration of immunosuppression use Lamivudine.
- Viral load ≥ 2000 IU/ml and long duration or repeated courses of immunosuppression: use Entecavir or Tenofovir.

When to stop antiviral Therapy?

Patient	PegIFN- α therapy	NA therapy
HBeAg(+)	48 weeks	Stop treatment 6 -12 months after seroconversion
HBeAg(-)	. IFN not recommended	Indefinitely, or until HBsAg seroconversion

On-treatment monitoring

- every month: – Visits to receive medication and monitor for compliance and side effects.
- Every 3 months – Check ALT. – For patients on Tenofovir and Adefovir check serum creatinine.
- Every 6 months:
– Check HBV DNA, liver profile, complete blood count, α -fetoprotein, abdominal ultrasound.

Monitoring Patients who are NOT Candidates for Therapy

- HBeAg Positive: Test ALT, HBeAg, HBV DNA, and HBsAg every 3 - 6 months.
- HBeAg Negative: Test ALT, HBV DNA, HBsAg every 3 - 6 months.

Acute HBV

- **Spontaneous recovery in more than 95% of cases and seroconversion to anti HBs without antiviral therapy. Supportive management and close monitoring for early identification of fulminant hepatitis.**
- **Fulminant hepatitis :**

Entecavir 0.5 mg and to be continued for at least 6 months after seroconversion to anti HBs or for at least 12 months after seroconversion to anti HBe without HBs Ag loss.

Vaccination

-Vaccination is highly recommended for:

- **Health care workers**
- **Close contacts of viremic patients**
- **Chronic renal failure patients before they start renal dialysis.**
- **Chronic hepatitis C patients.**
- **Immunosuppressed patients.**
- **Multi transfused individuals**

HCV Protocol

Inclusion Criteria:-

1-HCV RNA positivty.

2-Age: ≥ 18 years

-Patients ≥ 65 years old should undergo cardiological assessment prior to therapy by ECG, echocardiography and cardiological consultation.

Exclusion criteria: any of the following,

1- Child's C cirrhotic patients.

2 - Platelet count $< 50000/ \text{mm}^3$

3- HCC, except 6 months after intervention aiming at cure with no evidence of activity by dynamic imaging (CT or MRI).

4- Extra –hepatic malignancy except after two years of disease – free interval.

- In cases of lymphomas and chronic lymphocytic leukemia, treatment can be initiated immediately after remission based on the treating oncologist report.

5- Pregnancy or inability to use effective contraception.

6- Inadequately controlled diabetes mellitus ($\text{HbA1c} > 9 \%$).

Patients will be categorized to:-

1- Easy to treat group:

- treatment naive
- total serum bilirubin $\leq 1.2 \text{ mg / dl}$
- Serum albumin $\geq 3.5 \text{ g/dl}$
- INR ≤ 1.2
- Platelet count $\geq 150.000 / \text{mm}^3$

2-Difficult to treat group: -

- Peg-IFN treatment experienced
- Total serum bilirubin $\geq 1.2 \text{ mg / dl}$
- Serum albumin $\leq 3.5 \text{ g/dl}$
- INR ≥ 1.2
- Platelet count $< 150.000 / \text{mm}^3$

*** Assessment of fibrosis: with FIB- 4 is a must.**

*** Treatment Monitoring: HCV viral load estimation at any time point
Between 12 and 24 weeks post – treatment to confirm successful eradication of the virus**

Easy to treat group: eligible to be treated by the following regimens for 12 weeks:

- . Paritaprevir-r/ombitasvir + Ribavirin**
- . Sofosbuvir + daclatasvir**

Difficult to treat group: eligible to be treated by the following regimen for 12 weeks

- . Sofosbuvir + daclatasvir+ ribavirin**

*** the starting dose of ribavirin is 600 mg / day. A trial should be done to reach a dose of 1000 mg / day based on the patient tolerability.**

Treatment of special populations

-Non - responders to a previous DAAs regimen.

-Advanced liver disease (CHILD score ≤ 9)

-Post- organ transplantation

-chronic kidney disease (CKD)

- HCV coinfection with HBV and HIV

1-Retreatment of patients with previous DAAs Failure

***Retreatment of patients with previous SOF / DAC Regimen Failure**

A- Non – cirrhotic Patients and Patients with Compensated cirrhosis:

Option 1: -SOF / Qurevo / RBV for 12 weeks

-RBV ineligible: extend therapy for 24 weeks

Option 2 : -SOF/SIM/DAC/RBV for 12 weeks .

- RBV ineligible extend therapy for 24 weeks

B- Child's B Cirrhotic Patients: (Refer to specialized centers)

- SOF / DAC/ RBV for 24 weeks

C- Deferral of therapy:

- Child's C cirrhotic patients

- Previous failure to 24 weeks SOF/DAC \pm RBV regimen.

- Previous deterioration on same regimen.

***Retreatment of patients with previous SOF / SIM Regimen Failure.**

- SOF / DAC/ RBV for 12 weeks

- RBV ineligible: extend therapy for 24 weeks

NB: Ribavirin dose:

- 1000 mg for patients < 75 kg.

- 1200 mg for patients > 75 kg.

2- Treatment of Patients with advanced liver disease (child's \leq 9):

*** Treatment is allowed only in one of several assigned specialized centers**

*** the following regimen is used for 12 weeks:**

- Sofosbuvir + Daclatasvir+Ribavirin

the starting dose of ribavirin is 600 mg / day. Atrial should be done to reach a dose of 1000 mg / day based on the patient tolerability.

3-treatment of patients with chronic kidney disease (CKD):-

In patients having a serum creatinine exceeding the upper normal level, eGFR is calculated, and, accordingly.

*** Patients with CKD eGFR > 30 ml / min) are treated by the usual treatment regimens.**

*** Patients with CKD eGFR \leq 30 ml / min are treated by: paitaprevir-r / Ombitasvir + ribavirin, provided the following are fulfilled:**

- **Patients have compensated liver (Child A cirrhosis or no cirrhosis).**
- **Hb level is at least 10 g/ dl**
- **The patient has no associated uncontrolled co- morbidity (cardiac, neuro-psychic...)**

- **Anephrologist consultation is done. A report determining the treatment eligibility and necessity, and the exact ribavirin recommended dose (and time of administration in relation to dialysis)**

In case of dialysis, the patient should be aware of the high risk of re-infection by signing a consent form.

4- Treatment of patients with post organ transplantation:

- **Treatment will be with Sofosbuvir + Daclatasvir ± Ribavirin for 24 weeks**

5- Treatment of patients with Combined HCV and HBV.

- **Patients should be treated with the same regimens, following the same rules as HCV monoinfected patients**

- **if HBV replicates at significant levels before, during or after HCV clearance, concurrent HBV nucleoside / nucleotide analogue therapy is indicated.**

6 - Treatment of patients with Combined HCV and HIV:

- **Co- management by the hepatologist and the treating infectious disease physician is needed**
- **Sofosbuvir should not be received in combination with tipranavir.**

٤- أدوية أمراض الدم

بروتوكول علاج مرض التلاسيميا ضوابط علاج مرض التلاسيميا للكبار

قبل العلاج يتم عمل تحليل ١- أنزيمات الكبد

٢- S. Ferritin

• إذا كانت إنزيمات الكبد (SGPT) في الحدود الطبيعية (Normal SGPT)

و (S. Ferritin > 1000)

يتم إعطاء المريض علاج أقراص ديفبرون فقط (L1) كيلفر أقراص (علبة ٥٠ قرص)

بجرعة من ٥٠-٧٥ مجم / كجم من وزن الجسم

أى حوالى ثلاثة علب شهرياً بجرعة ٢ قرص ٣ مرات يومياً

مع مراعاة عمل صورة دم كاملة (CBC + Diff) حسب الحالة و كذلك أنزيمات كبد

(SGPT) كل ٣ شهور TLC. ANC

عند حدوث أعراض جانبية من عقار كيلفر مثل ارتفاع أنزيمات الكبد لأكثر من الضعف

والنصف وأنخفاض كرات الدم البيضاء عن ٣٠٠٠ TLC

TLC < 3000

ANC < 1500

يستلزم ذلك وقف عقار الكيلفر وإعطاء المريض ديسفرال ٥ أيام فى الأسبوع + ٢ يوم راحة

بروتوكول العلاج الخاص للتخلص من الحديد الزائد فى مرضى انيميا البحر المتوسط

أولاً :- بروتوكول العلاج الخاص للتخلص من الحديد الزائد باستخدام دواء ExJade .

يستخدم عقار Exjade لمرضى انيميا البحر المتوسط لعلاج زيادة الحديد بالجسم للاطفال من ٢ إلى ١٠ سنوات والمرضى المصابين بحساسية او مضاعفات من انواع العلاج الاخري .

ويتم احتساب جرعة الاكسجيد طبقاً لمستوي الفريتين فى دم المريض وذلك على النحو التالى :

Ferritin level	Exjade
1000-2000	20mg/kg/day
2000-3000	25mg/kg/day
3000-4000	30mg/kg/day
>4000	30-40mg/kg/day

**ثانياً :- التعاون فى مجال زرع النخاع لأطفال مرضى الدم بالتأمين الصحى فى وحدة زرع النخاع
بمستشفى الأطفال الجامعى**

واتفقت اللجنة أيضاً على قيام قسم أمراض الدم وزرع النخاع بمستشفى الأطفال الجامعى (ابو الريش المنيرة) باستقبال وعمل زرع الخلايا الجذعية لمرضى أنيميا البحر المتوسط وفشل النخاع العظمى وغيرها من أمراض الدم بالتأمين الصحى

إعادة تقييم ضوابط علاج التلاسيميا بالنسبة للطلبة

قبل العلاج يتم عمل تحليل ١- أنزيمات الكبد

٢- S. Ferritin

لعلاج التلاسيميا في حالة المرضى التي يكون:-

إنزيمات الكبد (SGPT) في الحدود الطبيعية (Normal SGPT) و (S. Ferritin > 1000)

يتم إعطاء المريض علاج أقراص ديفريرون فقط (L1) كيلفر أقراص (علبة ٥٠ قرص) بالجرعات التالية :-

الجرعة ٧٥ مجم / كجم / اليوم لمدة ٧ أيام في الأسبوع و تكون كالآتي :-

وزن الجسم في حدود ٢٥ كجم : متوسط ١,٥ علبة / شهر

وزن الجسم في حدود ٣٥ كجم : متوسط ٢ علبة / شهر

وزن الجسم في حدود ٤٥ كجم : متوسط ٢,٥ علبة / شهر

مع مراعاة عمل صورة دم كاملة (CBC + Diff) كل أسبوعين أو كل شهر حسب الحالة و كذلك

أنزيمات كبد (SGPT) كل ٣ شهور TLC . ANC و S. Ferritin كل ٦ شهور

و في حالة انخفاض Total Leucocytic count

Absolute Neutrophil count عن ١٥٠٠ (ANC < 1500) و ارتفاع أنزيمات الكبد (SGPT)

لأكثر من الضعف و نصف الطبيعي يوقف العلاج بالأقراص.

* إذا كانت إنزيمات الكبد مرتفعة و لكن أقل من ثلاثة أضعاف الطبيعي :

يتم إعطاء المريض العلاج لمدة ٤ أيام أقراص ديفربرون (كيلفر أقراص) + ٣ يوم حقن ديسفيرال / أسبوع و تكون الجرعة كالاتي :-

وزن الجسم في حدود ٢٥ كجم : علبة ديفربرون (كيلفر) + ١ علبة ديسفيرال (العلبة ١٠ فيال)

وزن الجسم في حدود ٣٥ كجم : ١,٢٥ علبة ديفربرون (كيلفر) + ١,٥ علبة ديسفيرال

وزن الجسم في حدود ٤٥ كجم : ١,٥ علبة ديفربرون (كيلفر) + ٢ علبة ديسفيرال

مع مراعاة عمل صورة دم و أنزيمات كبد كل شهر

* إذا كانت إنزيمات الكبد مرتفعة لأكثر من ثلاث أضعاف الطبيعي :-

يتم إعطاء المريض العلاج بحقن الديسفيرال فقط لمدة ٥ أيام / اسبوع و راحة يوميين

وتكون الجرعة كالاتي :-

S. Ferritin < 2500	٢ علبة في حالة	} وزن الجسم في حدود ٢٥ كجم
S. Ferritin > 2500	٣ علبة في حالة	
S. Ferritin < 2500	٢,٥ علبة في حالة	} وزن الجسم في حدود ٣٥ كجم
S. Ferritin > 2500	٣,٥ علبة في حالة	
S. Ferritin < 2500	٣ علبة في حالة	} وزن الجسم في حدود ٤٥ كجم
S. Ferritin > 2500	٤ علبة في حالة	

ملحوظة :- ضرورة استرداد جميع الفوارغ قبل صرف العلاج للشهر التالي

Deferiprone – Ferriprox معاير استخدام

يستخدم عقار Deferiprone – Ferriprox لمرضي انيميا البحر المتوسط لعلاج زيادة الحديد بالجسم وذلك علي النحو التالي :

- نسبة مخزون الحديد (فريتين) ١٠٠٠ – ٢٥٠٠ مجم / لتر
- جرعة فريبروكس : ٧٥ مجم / كجم / اليوم (مقسمة علي ثلاث جرعات بالفم) .
- نسبة مخزون الحديد (فريتين) ٢٥٠٠ – ٤٠٠٠ مجم / لتر .
- جرعة فيبروكس : ١٠٠ مجم / كجم / اليوم (مقسمة علي ثلاث جرعات بالفم) .

S. Ferritin Level	Ferriprox Dose
1000 – 2500 mg / dl	75 mg/ kg / day (TDS)
2500 – 4000 mg/ dl	100 mg / kg / day (TDS)

- مع عمل وظائف الكبد وصورة دم كاملة للمريض شهرياً .
- تحليل مخزون الحديد كل ٣ - ٦ شهور .

مرض الهيموفيليا Hemophilia وتشخيصه

الهيموفيليا (أ) و (ب) هو مرض وراثي ويورث

- سبب المرض هو نقص عامل ٨ (Factor 8) وعامل ٩ (Factor 9) على التوالي
- نسبة المرض لنقص في عامل ٨ (Factor 8) واحد لكل ١٠٠٠٠ مولود ذكر تقريباً ولنقص في عامل ٩ (Factor 9) تكون تقريباً واحد لكل ٣٠ إلى ٥٠ ألف مولود ذكر.
- تشخيص المرض :

خطوة أولى : - تاريخ مرضي للنزف المتكرر

- زمن البروثرومبين PT طبيعي.

- زمن ثرومبوبلاستين PTT أكبر من الطبيعي.

- زمن النزف طبيعي

خطوة ثانية : - يتم عمل تحليل لمستوى عامل ٨،٩ (Factor 8&9) في الدم

ملحوظة : (Factor 8&9) & مركبات الكريو Fresh Frozen Plasma & المدرجة بالبروتوكول يتم اعطائها للمريض داخل وحدات الهيئة

التقسيم الاكلينيكي للأشخاص المصابين بمرض الهيموفيليا (أ) ، (ب)

هيموفيليا بسيطة	هيموفيليا متوسطة	هيموفيليا شديدة
أكثر من ٥% إلى ٣٠% نسبة العامل (Factor 8) أو (Factor 9)	من ١% إلى ٥% نسبة العامل (Factor 8) أو (Factor 9)	عادة أقل من ١% نسبة العامل (Factor 8) أو (Factor 9)
نزف مع الاصابات الشديدة والعمليات الجراحية	نزف مع الاصابات البسيطة	النزف التلقائي عرض شديد ومتكرر
يمكن الا يعاني من النزيف ابدا	يمكن ان ينزف مرة واحدة شهرياً	يمكن أن ينزف مرة أو مرتين أسبوعياً
نادرا ماتصاب المفاصل	يمكن ان تصاب المفاصل	يتميز باصابات المفاصل (نزيف بالمفاصل)

يتم علاج الحالات بدون نزف خارج المستشفى أما في حالات النزف يتم العلاج داخل المستشفى أو خارجها حسب شدة الحالة ومكان النزف

علاج تعويضي لحالات الهيموفيليا الشديدة (Factor 8) نسبة أقل من ١% :

يمكن إعطاء علاج تعويضي من دواء Anti Hemophilic Globulin بمعدل زجاجة واحدة تحتوي على ٢٠٠ وحدة محضرة في هيئة المصل واللقاح بمعدل ٣ مرات أسبوعياً .

علاج النزيف في مرض الهيموفيليا (أ) Hemophilia A

داخلي وخارجي

١. عامل التجلط رقم ٨ مركزز (Factor 8) Concentrate

- كل وحدة من عامل التجلط رقم ٨ (Factor 8) لكل كجم من وزن الجسم تنقل للمريض ترفع نسبة عامل التجلط بالدم حوالي ٢%.

- لحساب الجرعة : يتم ضرب وزن الجسم بالكجم في مستوى العامل (Factor 8) المرغوب الحصول عليه في ١/٢ وهذا يعطينا عدد وحدات العامل (Factor 8) المطلوب نقلها للمريض.

٢. مركززات الكريو Cryoprecipitate

بحد أقصى ٨ وحدات كريو يوميا حيث ان الكيس المصنع من كيس واحد من دم متبرع يحتوي على حوالي ٦٠-١٠٠ وحدة من عامل التجلط رقم ٨ (Factor 8) وعامل فون ويلبراند و ٢٠٠-٣٠٠ مجم من الفيبرينوجين في حجم ١٠-٢٠ مللي

٣. البلازما الطازجة المجمدة Fresh Frozen Plasma

٤. Anti Fibrinolytic Agents (Tranexamic Acid) أو Aminocaproic Acid

أولا : في حالات النزف البسيط :

- الجرعة ٢٥ مجم / كجم كل ٨ ساعات أقراص Tranexamic Acid لمدة ١٠ أيام أو Aminocaproic Acid أقراص بجرعة ١٠٠٠ مجم / ٨ ساعات لمدة ٧ أيام للبالغين .

ثانيا: في حالات النزف الشديد :

١. يستعمل Aminocaproic Acid أمبول وريد بجرعة ٢ أمبول ٥٠٠ مجم / ٨ ساعات لمدة أسبوع للبالغين

- الجرعة من ١٠ إلى ٢٠ وحدة / كجم من عقار عامل ٨ (Factor 8) المناسب الاقل نقاءا والذي يحتوي على VWF أكثر.

- يمكن تكرار هذه الجرعة في حالات النزيف الشديد أو العمليات من ٨-١٢ يوم.

٢. Anti Fibrinolytic Agents (Tranexamic Acid)

يستعمل وحدة لعلاج حالات النزف البسيطة من اللثة والانف والرحم أما في الحالات المتوسطة والشديدة يستعمل مع DDAVP أو عامل ٨ المناسب بنفس جرعة الهيموفيليا البسيطة.

١. أقراص الاستروجين + البروجسترون يستعمل في حالات المراهقة لعلاج حالات النزف مع الدورة الشهرية أو النزف مع مضاعفات التبويض مع المرضي مع عدم ايقاف العقاقير إلا بعد استكمال الجرعة الكاملة للعلاج بديسموبريسين أو فاكثور ٨ .

علاج مرض الهيموفيليا (ب) Hemophilia B

١. عامل التجلط رقم ٩ مركز (Factor 9) Concentrate

- كل وحدة من عامل التجلط رقم ٩ (Factor 9) لكل كجم من وزن الجسم تنقل للمريض ترفع نسبة عامل التجلط ٩ (Factor 9) بالدم حوالي ١%.
- لحساب الجرعة يتم ضرب وزن الجسم بالكجم في مستوي العامل (Factor 9) المرغوب الحصول عليه وهذا يعطينا عدد وحدات العامل (Factor 9) المطلوب نقلها للمريض.

٢. البلازما الطازجة المجمدة Fresh Frozen Plasma

- تستعمل في حالات Emergency في حالة عدم توافر عامل ٩ (Factor 9)

مضاعفات مرض الهيموفيليا Hemophilia

- تكوين عوامل مضادة أو مقاومة للمفعول Factor Inhibitors
- ويمكن علاج ذلك بالاتي :

-Corticosteroids

- Immunosuppressive Therapy

Von Willebrand VWD مرض

مرض Von Willebrand هو مرض وراثي ويورث ويصيب كل من الذكور والاناث وغالبا مايوجد تاريخ مرضي بهذا المرض في العائلة .

سبب المرض : نقص عامل VW (VW Factor)
تشخيص الحالة :

١. زيادة في P.T.T

٢. انخفاض ف عامل ٨ (Factor 8) في الدم

٣. P.T طبيعى

٤. الزيادة في زمن النزف (Bleeding Time)

علاج مرض Von Willebrand VWD

٢. ديسموبريسين Desmopressin DDAVP

- يعتبر العلاج الامثل لعلاج حالات النوع الأول والثاني (أ) في الترف البسيط حيث يوجد نقص في مستوى عامل VW (VW Factor) .

- جرعة DDAVP : ٠,٣ ميكروجرام / كجم في الوزن للحقن الوريدي أو تحت الجلد .

- لا يتم اعطائه لعلاج حالات النوع الثاني (ب) أو حالات VWD الكاذبة

- لا يتم اعطائه في حالات قصور الشريان التاجي.

٣. في حالات التريف (المتوسط أو الشديد): يستعمل عقار عامل التجلط رقم ٨ مركز (Factor 8)

Concentrate

الذي يحتوي على نسبة عالية من عامل VW (VW Factor) أو مركبات الكريو

Cryoprecipittate

بحد أقصى ٨ وحدات يوميا من الكريو

هيموفيليا ب		هيموفيليا أ		نوع النزيف
عامل ٩ (Factor 9)		عامل ٨ (Factor 8)		
الجرعة	المستوى المرغوب	الجرعة	المستوى المرغوب	
٤٠ وحدة/كجم/ ٢٤ ساعة وان استمر المفصل متورم بعد ٢٤ ساعة يتم دخوله المستشفى يستكمل العلاج لمدة يومين اخريين ويعطي بريد ينزون ٢ مجم /كجم ١ يوم لمدة يوم واحد ثم ١ مجم /كجم / يوم لمدة يومين	%٤٠	٢٠ وحدة/كجم/ ١٢ ساعة وان استمر المفصل متورم بعد ٢٤ ساعة يتم دخوله المستشفى يستكمل العلاج لمدة يومين اخريين ويعطي بريد ينزون ٢ مجم /كجم ١ يوم لمدة يوم واحد ثم ١ مجم /كجم / يوم لمدة يومين	%٤٠	المفاصل
٥٠ وحدة/كجم/ ٦ ساعات لمدة يوم واحد ٥٠ وحدة ١ كجم / ١٢ ساعة لمدة ٣ أيام ٥٠ وحدة/كجم/ ٢٤ ساعة لمدة ١٢ أيام	%١٠٠- %٨٠	٤٠-٥٠ وحدة/كجم/ ٨ ساعات لمدة يوم واحد ٤٠-٥٠ وحدة ١ كجم / ١٢ ساعة لمدة ٨ أيام	%١٠٠- %٨٠	الجهاز العصبي المركزي والدماغ داخل المستشفى
	ثم %٥٠	٢٥ وحدة/كجم/ ١٢ ساعة لمدة ٧ أيام	ثم %٥٠	

ضوابط العلاج بعقار (Novo 7) لمرضى النزيف

مرضى نقص عامل ٧ للتجلط

- الذين يعانون من نزيف بصفة متكررة ومستمرة وغير مستجيبين للعلاج بالبلازما
- فى بعض حالات النزيف الذى يعرض حياتهم للخطر إذا لم يتم إعطائهم العلاج (عامل ٧) فور دخول المريض للمستشفى كحالات (نزيف المخ - نزيف البطن - نزيف الرئة ، نزيف المسالك البولية)

مرضى هيوفليا (أ) - نقص عامل (٨) للتجلط

- الذين يعانون من عدم الإستجابة للعلاج بعقار عامل (٨) أو الكريو نتيجة وجود أجسام مضادة لعامل (٨) لديهم بالدم (خلال الثلاثة أشهر إلى ستة أشهر الأخيرة)

- الذين يعانون من نزيف شديد فى المفاصل ، العضلات ، الكلى ، الرئة - ولايستجيبون للعلاج المعتاد أو المدة المعتادة للعلاج ويحتاجون لسرعة العلاج بعقار عامل (٧) حتى يتم السيطرة على النزيف طبقاً للبروتوكولات العالمية

مرضى خلل الصفائح الدموية مع نزيف شديد والذين لايستجيبون لنقل الصفائح الدموية

مرضى الهيموفليا المكتسبة

- الذين يعانون من أمراض مناعية أو نتيجة التهابات ميكروبية شديدة

بروتوكول وصف دواء مينيرين بخاخة أو أقراص لحالات سلس البول المركزي

- يصرف هذا الدواء لمرضي سلس البول المركزي فقط . ويتم تشخيصه عن طريق تجميع بول ٢٤ ساعة وعمل الكثافة النوعية للبول .
- يتم عمل Water Deprivation Test لتشخيص المرض أولاً ثم للتفرقة بين سلس البول المركزي والكلوي (Nephrogenic)
- ليس من المهم عمل (Antidiuretic Hormone) كاختبار لعدم دقته .

العلاج:

- يتم صرف عدد (٢) علبة أقراص مينيرين أو عدد (٢) علبة مينيرين بخاخة للبالغين أو الأطفال .
- في حالة إحتياج المريض الي أكثر من ٢ علبة (سواء من الأقراص أو البخاخة)
- يتم دخول المريض المستشفى حتي يتسنى تحديد الجرعة المفروض إعطائها للمريض بواسطة الإستشاري .
- علي ان يكون الحد الاقصي ٣ علب فقط سواء من الأقراص أو البخاخات .

بروتوكول وصف المضادات الحيوية بوحدات الهيئة العامة للتأمين الصحي

(١) عند عرض المرضى على الطبيب (ممارس، أخصائى، إستشارى) يجب على الطبيب أن لا يتعدى إختيار المضادات الحيوية عن أحد الأصناف الآتية:
أصناف المجموعة الأولى وهى:

Phenoxymethyl penicillin
Ampicillin
Amoxicillin (Bacampicillin)
Doxycycline
Co-trimoxazole
Benzyl penicillin
Long acting penicillin

و لا يجوز الجمع بين صنفين فى آنٍ واحد.

(٢) لا ينتقل العلاج للجدول الثانى إلا بعد مرور ٤ ايام من العلاج بالمجموعة الاولى على الاقل .
(٣) يتم الانتقال الى أحد اصناف المجموعة الثانية بواسطة الأخصائى او الإستشارى طبقا للتعليمات الآتية:

(أ) أن يكون المريض قد استخدم أحد أصناف المجموعة الأولى لمدة ٤ ايام ولم تحدث أى إستجابة للدواء.

(ب) ظهور إحدى العلامات المرضية التى تظهر أحد أنواع الأمراض التى لا تستجيب للمجموعة الأولى
أصناف المجموعة الثانية:

Erythromycin
Flucloxacillin (Cloxacillin)
Cefadroxil- Cefalexin
Metronidazole
Topical Anti biotics
Amoxycillin + Clavulanic Acid
Spiramycin
Clindamycin
Ciprofloxacillin

اما بالنسبة للأمراض التي يحتاج علاجها الى أدوية محددة بعينها يتم وصف هذه الأدوية مباشرة مثال:-

أ (مرض الدرن يوصف له Rifampicin.
ب (مرض الجيارديا لامبليا يوصف له Metronidazole

المجموعة الثالثة للمستشفيات فقط :-

Quinolones(Norfloxacin,ofloxacin,Pefloxacin,Ciprofloxacin

Clindamycin(inj)

Cefaloceporin(inj)

Aminoglycosides(inj)

Sulbactam/Ampicillin

المجموعة الرابعة :-

و لا تعطى إلا للحالات النادرة جداً المخصصة لها (ممارس ، أخصائي ، إستشاري) مثال :-

Fucidic acid – Vancomycin – Chloramphenicol – Rifampicin

ملحوظة :

- 1- على أن تكون الأولوية عند الوصف و الصرف للصنف الأقل سعراً.
- 2- يقتصر وصف المضادات الحيوية بمعرفة الممارس لعلاج ٤ أيام و للأخصائي و الإستشاري لعلاج أسبوع واحد ، و يمكن إعادة وصفها بمعرفة الأخصائي أو الإستشاري عند الحاجة (فيما عدا الدرن)

Rheumatic heart disease : Guidelines for secondary prevention by Benzathine penicillin G (BPG)

Rheumatic fever (RF) is a non-suppurative sequel of Group A beta hemolytic streptococcal (GAS) infection of the upper respiratory tract due to a delayed immune response. It affects mainly children and young adults in their most productive years.

Studies done with the WHO (World Health Organization) have clearly shown that a proper primary health care and secondary prevention program are both cost effective and inexpensive and hence reduce the burden of disease.

Despite the documented decrease in the incidence of acute rheumatic fever and prevalence of rheumatic heart disease (RHD), it still is an important cause of cardiovascular disease worldwide. Heart valve surgery adds to the lifelong burden of disease.

ARF/RHD prevention:

Primordial level

-improve environment of the population at risk; housing, reduce overcrowding

-active case detection and treatment of streptococcal sore throat

-Primary prevention: treatment of acute streptococcal pharyngitis with antibiotics to reduce the incidence of RF.

- Secondary prevention – is the key focus of most control strategies, due to its proven efficacy, cost – effectiveness, and the challenges of primordial and primary prevention.

Benzathine penicillin G (BPG) is indicated for people with a history of acute rheumatic fever (ARF) and rheumatic heart disease (RHD) as secondary prophylaxis against GAS infections that can precipitate a recurrence of RF. It significantly reduces ARF recurrence rates and the severity of rheumatic valvular lesions. The WHO considers BPG an essential medicine.

Dosage:

**Adults and children > 30 kg; 1,200,000 international units (900mg),
By intramuscular injection every 4 weeks**

**The recommended dose of BPG for children up to 27-30 kg is 450 mg
(600,000 IU) IM every 4 weeks.**

Optimum frequency of administration:

4- weekly injections are effective if good adherence can be assured. The drug can be given more frequently – every 5 weeks – if there is a desire to further increase the efficacy in preventing recurrent ARF.

Standard care

Duration of secondary prophylaxis depends on history of carditis and if valvular involvement persists

Minimum duration is 10 years since last ARF episode or until age 21 years, whichever is longer, with prolongation till age 35-40 years in individuals with significant valvular disease.

N.B: Missing even a single dose of BPG raises the risk of recurrent RF.

Duration for secondary prophylaxis for rheumatic fever

Type	Duration after last attack
Rheumatic fever without carditis	5 years or until age 21 years (whichever is longer)
Rheumatic fever with carditis but no residual heart disease (no valvular disease)	10 years or until age 21 years (whichever is longer)
Rheumatic fever with carditis and residual heart disease (persistent valvular disease)	10 years or until age 40 years (whichever is longer); life time prophylaxis may be needed.

N.B: Stop using BPG for treatment of other infections (e.g. streptococcal pharyngitis) where other effective antibiotics are available.

٥ - أدوية الرمد

**بروتوكول العمل للعلاج بالحقن داخل العين
بعقار Anti-VEGF المعروف بأسم (Lucentis)**

إدخال خدمة حديثة في مجال طب العيون وهي العلاج بالحقن داخل العين بعقار Anti-VEGF المعروف بأسم (Lucentis)

للمرضي الذين يعانون من Wet age related macular degeneration والذي يتسبب في ضعف قوة الإبصار .

أولاً :-

- أن إجراء الحقن بالعقار المذكور هو أحد الحلول الحديثة المتاحة حالياً للمرضى الذين يعانون من هذا التشخيص وهو يساعد على المحافظة على النظر وتحسين نسبي في قوة الإبصار عند هؤلاء المرضى حتى يتمكنوا من ممارسة حياتهم اليومية .

يتم تشخيص المرض عن طريق OCT & Fluorescin angiography

ثانياً :-

- تم تحديد معايير الاختيار للمريض الذي سوف يعالج عن طريق حقن عقار (Lucentis) داخل العين وهي كالآتي :-

- 1-The procedure will be done to the patient above 40 years
- 2-The patient with a visual acuity not less than 6/60
- 3-In patients presenting with bilateral disease the better eye is chosen for injection .
- 4-It no improvement after the second dose the procedure is stopped.
The improvement is judged by post injection OCT & Fluorescin tests plus improvement in the reading capabilities
- 5-Three dose for maximum are given

على أن تقرر اللجنة مايلزم بعد ذلك من علاج بالليزر

6- Pre-&Post surgery OCT &Fluo`rescin tests is a must to follow up the case & to be able to receive the feedback & to measure the percentage of actual success

* (1) & (2) is not Followed in single eyed patient

توصيات اللجنة : -

- أن يتم الحقن في إحدى مستشفيات الهيئة
- أن يوقع المريض على الإقرار قبل إجراء الحقن
- الإجراء من الممكن أن يقوم به أخصائي الرمد المدرب على الحقن داخل العين والتوصيف جراحة متوسطة
- ** ترى اللجنة العليا لأمراض العيون بالهيئة أضافة DME إرتشاح الشبكية السكري للبروتوكول الحالي.

وذلك بالضوابط التالية :-

١- ضعف الإبصار الناتج عن تورم مركز الإبصار (الماقولة) بالشبكية نتيجة الأعتلال السكرى بالشبكية
.DME

٢- الإلتزام بعمل الأشعة المقطعية OCT وتصوير قاع العين بصبغة الفلورسين FFA .

٣- أن يكون سمك المنطقة المركزية بمركز الإبصار تجاوز ال ٤٠٠ ميكرومتر عن بدء العلاج .

Edema involving center of macula with visual impairment & central retinal thickness of 400 micrometers or more at start of treatment.

٤- عدم وجود تليفات أو التصاقات بمركز الإبصار .

٥- على أن يكون عدد الجرعات التي تحقن بالعين ٣ جرعات وفى حالة التحسن يمكن أن تضاف جرعتين إضافيتين .

٦- العلاج ليس له بديل وأساسى وضرورى للمريض .

٦- أدوية هشاشة العظام

بروتوكول لعلاج مرضى هشاشة العظام

* علاج مرضى هشاشة العظام طبقاً لنسبة قياس كثافة العظام DEXA وهو على النحو التالي :-

* علاج دوائى بالفم أسبوع أو شهر وهى كالاتى

Alendronate أو Residronate tab

وذلك لمرضى Osteoporosis ما بين 1.5 SD , -2.5 T.Score

* علاج بالأبر كل (٦) شهور أبرة تحت الجلد بمادة Prolia (Denosemab)

وذلك ل Osteoporosis ما بين 2.5 - 3.5 -

* علاج بالأبر اليومية تحت الجلد لمدة ستة شهور لحالات الهشاشة المتقدمة Forteo inj

أكثر من 3.5 - Severe Osteoporosis

على أن يتم إعادة تقييم حالة المرضى بعد ستة أشهر لمرضى ال Forteo بعمل قياس كثافة عظام جديدة .

* ويتم إعادة تقييم حالة مرضى ال Prolia - (Denosemab) بعد (١٢) شهر من بداية العلاج .

* يتم صرف علاج ال Prolia لبعض المرضى التى يوجب علاجها لو كان قياس كثافة العظام ما بين

2.0 - 2.5 لو كان يوجد تاريخ لكسور ناتجة عن هشاشة العظام .

* كذلك يتم صرف ال Forteo لمرضى الهشاشة مع وجود كسور ناتجة عن الهشاشة لقياس 3.0 - وذلك

للأهمية القصوى .

طريقة الصرف والتداول والحفظ للأدوية المخدرة داخل مستشفيات الهيئة

نظام صرف المخدرات من المخازن أو المستودعات

- يراعى عند صرف المواد المخدرة من الشركة المصرية لتجارة الأدوية أو المستودعات التابعة لوزارة الصحة أن تذكر (كلمة مخدرات) على طلب الصرف الصادر من المستشفى وأن يكون مختوم ومعتمد من مدير المستشفى
- تكتب أسماء المواد المخدرة بوضوح مع ذكر وصفها وقوة تركيزها باللغة العربية كما تكتب كمياتها وقوة تركيزها بالأرقام والحروف
- لايجوز الكشط أو الشطب فى المستند
- تكتب الكمية المنصرفة من المخازن بالأرقام والحروف باللغة العربية
- يكون الصيدلى المسئول عن عهدة المخدرات بالمستشفى معين و يحدد طبقا لقرار مدير المستشفى وهو مندوب المستشفى فى إستلامها من المخازن ولا يجوز لمندوب آخر الإستلام
- يجب قيد جميع الأصناف المخدرة الواردة إلى الصيدلية فى نفس يوم ورودها وكذا المنصرف منها إلى المستشفى أولاً بأول فى يوم صرفها

إضافة المخدرات بعهدة المستشفى

يتم عمل دفتر مخدرات (نموذج ١ مخازن حكومية ١١٢ ع.ح ونموذج ٣ مخازن حكومية ١١٨ ع.ح) منفصل عن عهد الصيدلية بالمستشفى ويراعى فيه مايتى :-

- ١- تراجع دفاتر المخدرات الخاصة بالوحدة بمكتب الشطب بحضور صيدلى الوحدة للتأكد من أن جميع الصفحات مرقمة ومسلسلة ولم تسقط أى صفحات بدون ترقيم ويكتب إقرار بذلك داخل غلاف الدفتر ويوقع عليه من كاتب الشطب وصيدلى المستشفى
- ٢- يوقع كاتب الشطب بجوار الختم فى أعلى الصفحة الأولى والأخيرة بالدفتر
- ٣- يخصص لكل صنف صفحة منفصلة بالدفتر ١١٨ يدون بها مواصفات الصنف كاملة (رقم التشغيلية – تاريخ الصلاحية) و الأسم وقوة التركيز بالحروف والأرقام كما تترك بين الأصناف صفحات تسمح بتحريك الصنف الواحد فى صفحات جديدة – متابعة ويعمل فهرس للدفتر يلصق بداخل الغلاف
- ٤- ممنوع الكشط والشطب وأى خطأ فى الإضافة أو الخصم يصح بالحبر الأحمر فى سطر منفصل يشار فيه إلى مكان الخطأ
- ٥- يعتبر نزع صفحات هذه الدفاتر مخالفة كبرى تخضع لقانون المخدرات المدنى

- ٦- ويراعى عند إضافة الأصناف فى دفتر ١١٢ تسجيل رقم التشغيل بها وكذلك تاريخ الصلاحية
٧- لا يسمح بتداول المواد المخدرة إلا صيدلى المستشفى أو الطبيب (النائب الإداري)

صرف المخدرات إلى أقسام المستشفى

١. يتم إصدار قرار من مدير المستشفى لأحد النواب الإداريين المعينين لاستلام عهدة المخدرات من الصيدلية
٢. يتم تسليم الطبيب (النائب الإداري) عهدة المخدرات علي إيصال استلام (من اصل في الصيدلية وصورة مع النائب الإداري) موضح به الآتي :-
a. اسم الدواء المصروف ومواصفاته
b. تاريخ الصلاحية للأصناف المنصرفة
c. الكمية المستلمة من كل صنف بالأرقام والحروف
علي أن يكون الإيصال موقع من الطبيب المستلم بوضوح مع ذكر الاسم بالكامل ومعتمد ومختوم من مدير المستشفى

٣. ينشئ الطبيب المختص بصرف المخدرات دفتر حرف ز معتمد (مختوم) ومرقم لقيده ما يصرف من مخدرات من الصيدلية ويوقع الصيدلى أمام سطر الأضافة بالدفتر كما يوقع الطبيب المختص أمام الكمية المنصرفة له بدفتر عهدة الصيدلية .
٤. يدون بخط الطبيب بدفتر المخدرات للقسم أسم المريض المنصرف له المخدرات والتشخيص وتاريخ الصرف و الأسم الدواء وقوة التركيز والكمية المنصرفة له بالحروف والأرقام كما يوقع عليه الطبيب الأمر بالصرف
٥. يراجع صيدلى المستشفى هذا الدفتر مرة كل خمسة عشر يوماً ويوقع بذلك ، وإذا وجد أى مخالفة فى القيد والصرف يكتب تقريراً بذلك إلى مدير المستشفى .
٦. يجب حفظ الدفاتر الخاصة بالمخدرات وكذا الإيصالات (طلبات الصرف من المخازن أو طلبات الصرف من الصيدلية لأقسام المستشفى) لمدة عشر سنوات من تاريخ آخر قيد تم بها .
٧. يتم تحرير تذاكر المخدرات من أصل وصورتين ويوضح به اسم المريض، بياناته، التشخيص ، تاريخ الصرف ، أسم الدواء ، قوة التركيز ، الكمية المنصرفة له بالحروف والأرقام ويتم التوقيع عليه من النائب الإداري ومدير المستشفى ويختم بخاتم شعار الجمهورية
٨. عند الاستعاضة يتم إرسال أصل وصورة لتذكرة صرف المخدرات مع الفوارغ للكمية المستهلكة مع أذن (١١١) بهذه الكمية موضحة بالأرقام والحروف وموقع في خانة الطالب والمستلم من النائب الإداري علي أن يكون معتمد ومختوم
٩. يتم تخصيص أذن (١١١) من دفتر (١١٨) ويتم توقيع النائب الإداري علي الكمية المخصصة

مراجعة عهدة المخدرات بالوحدة

- ١- يقوم كاتب الشطب بتجميع بيان حركة المخدرات فى الصيدلية التابعة له كل ثلاثة أشهر ويحرر بها كشف من أصل وصورة يحتفظ بالأصل ويرسل الصورة مرفقاً به بيان بعهدة المخدرات بالصيدلية إلى إدارة التموين الطبي التابع لها المستشفى - على أن يتم ارسال الكشوف خلال الخمسة عشر يوماً من شهرى يناير ويوليو

- ٢- يتم استلام واعدام الفوارغ للأصناف المنصرفة بعد جردها بلجنة بعضوية كلاً:-
١. السيد الدكتور / مدير المستشفى
 ٢. عضوا من التموين الطبي بالفرع
 ٣. الصيدلي صاحب العهدة
 ٤. مدير الشؤون المالية والإدارية بالوحدة

حفظ المخدرات

تحفظ المخدرات بالصيدلية فى خزينة خاصة أو مكان أمين تابع للصيدلى صاحب العهدة

طريقة صرف Morphine sulphate بالعيادات التى بها لجان أورام

يتم مراعاة الضوابط التالية عند الصرف
لايستخدم هذا الدواء إلا بعد إستنفاد العلاج بمسكنات الألم العادية حتى لايفقد العقار فاعليته من طول
الإستخدام
الجرعة اليومية قرصان
يصرف علاج لمدة أسبوعين
يتم مناظرة المريض فى كل مرة لصرف الدواء
ضرورة إرجاع العب و الشرائط الفارغة قبل صرف الدواء فى المرة التالية

التعليمات المنظمة لصرف الفلانشات

المعدلات المناسبة لهذه الأصناف كالتالى :-

- ١- فى حالة فتحة البراز بجدار البطن : ١٢ فلانشة شهرياً
- ٣٠ كيس جمع براز شهرياً
- ٢- فتحة البول بجدار البطن ١٥ فلانشة شهرياً
- ١٥ كيس جمع بول شهرياً

عدا حالات Cystectomy and bilateral ureterocutaneous implantation
حيث يصرف لهم ضعف الكمية

٣- لاداعى لإستخدام المعجون اللاصق Adhesive Paste

التعليمات المنظمة لصرف الشرابات الطبية لمرضى الدوالى

يتم وصف الشرابات الطبية فوق الركبة للحالات الآتية

- (أن تكون الساق سمينة (بدينة)

- أن يكون هناك جلطة بالوريد الفخذى ولم يتحسن الورم بعد ١٠ أيام من العلاج

لباقى الحالات يصرف الشرابات الطبية تحت الركبة

يوقف صرف أدوية علاج الدوالى مثل Diosmine tab لجميع هذه الحالات .

الفهرس

- ١ - المقدمة
- ٢ - أنظمة الإنتفاع بالخدمات التأمينية
- ٣ - القوانين واللوائح (القرارات) المنظمة للتعامل مع أدوية الهيئة العامة للتأمين الصحي
- ٤ - أمثلة للمخالفات التي تدرج تحت طائلة قانون ١٠ لسنة ٦٧
- ٥ - أوامر إدارية
- ٦ - تعليمات هامة للسادة الأطباء والصيدلة مستخدمي التذاكر الطبية
- ٧ - الإجراءات التي تتبع عند أستلام وإرجاع التذاكر الطبية
- ١٠ - الإجراءات التي تتبع في حال فقد دفتر التذاكر الطبية
- ١١ - إجراءات التعامل مع المنتفع في تحرير وصرف التذاكر الطبية
- ١٥ - وصف الدواء
- ١٧ - الأمراض المزمنة
- ٢١ - إرشادات عامة للصيدلة
- ٢٤ - الأخطاء الممكن حدوثها من بعض الأطباء والصيدلة ومايتبع حيالها من المراجعة الفنية
- ٢٧ - إرشادات عامة للصيدليات المتعاقدة
- ٣٢ - احكام عامة
- ٣٤ - لائحة المخالفات والجزاءات للصيدليات المتعاقدة
- ٣٦ - آلية صرف أدوية الاسم التجارى
- ٣٧ - آلية التعامل مع اللجنة العليا للدواء
- ٤٠ - البروتوكولات المنظمة لصرف الأدوية
- ٤١ - أدوية الأورام
- ٦٧ - أدوية الأوعية الدموية
- ٦٩ - أدوية الصرع
- ٧٠ - البروتوكول العلاجي لمرضى السكر
- ٧٥ - ضوابط استخدام مثبطات المناعة بعد زرع الكلى
- ٧٦ - ضوابط صرف عقار Alpha Calcidol
- ٧٧ - بروتوكول عقار الإريثروبويتين
- ٨٠ - ضوابط صرف Gilenya
- ٨١ - ضوابط صرف IVIG
- ٨٣ - ضوابط استخدام الألبومين البشرى
- ٨٥ - ضوابط استخدام الأدوية المسيلة للدم أثناء الحمل في وجود تغيير صمامات القلب
- ٨٦ - ضوابط صرف الهيبارين منخفض الوزن الجزيئى
- ٨٧ - ضوابط صرف LHRH Analogue
- ٨٨ - ضوابط صرف Growth hormone
- ٩١ - أدوية الكبد
- ١٠١ - أدوية أمراض الدم
- ١١٤ - ضوابط صرف أدوية المضادات الحيوية
- ١١٨ - أدوية الرمد
- ١٢١ - أدوية هشاشة العظام
- ١٢٣ - ضوابط صرف المخدرات
- ١٢٦ - التعليمات المنظمة لصرف الفلانشات والشربات الطبية