



سازمان تامین اجتماعی  
مرکز درمان استان البرز

بسته تعلق  
وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

واحد: پزشکی، درمان توانایی

تاریخ: ۱۴۰۰/۱۱/۱۰

شماره: ۸۵۰۰/۱۴۰۰/۱۷۶۲۹

پرست: دارد

اربعیت: عادی

جناب آقای دکتر صداقت

ریاست محترم سازمان نظام پزشکی استان البرز

موضوع: تغییر اندیکاسیون های مورد تعهد داروی تری پاراتاناید

باسلام

احتراماً؛ عطف به نامه شماره ۱۴۳/۸۶۵ تاریخ ۱۴۰۰/۱۰/۴ دبیر شورای عالی بیمه سلامت کشور پیرامون تغییر اندیکاسیون مورد تعهد داروی تری پاراتاناید، باستحضار می رساند این دارو برای حداکثر ۲۴ ماه جهت بیمارانی که یکی از شرایط زیر را دارا هستند، به شرط نسخه نویسی الکترونیک توسط فوق تخصص های روماتولوژی و اندوکرینولوژی و متخصصین ارتوپدی ضمن تشکیل پرونده با رعایت شرایط زیر، قابل پذیرش، محاسبه و پرداخت خواهد بود:

- ۱- خانم های بالای ۵۰ سال و آقایان بالای ۶۵ سال با T SCORE مساوی و یا کمتر از ۳/۵- (منفی سه و نیم)
- ۲- خانم های بالای ۵۰ سال و آقایان بالای ۶۵ سال با T SCORE مساوی و یا کمتر از ۲/۵- (منفی دو و نیم)  
در صورت وجود شکستگی
- ۳- بیماران مبتلا به اوستئوپوروز ( T SCORE مساوی و یا کمتر از ۲/۵- ) که منع مصرف بیس فسفونات ها دارند شامل آسالاتی، اسکلوودرمی (همراه با درگیری و تنگی ازوفاز)
- ۴- شکستگی آتیپیکال فمور

خواهشمند است مراتب به نحو مقتضی به اطلاع کلیه ذی نفعان عضو آن سازمان رسانده شود.

دکتر محمد توانایی

مدیر درمان استان البرز

کمیته بررسی صلاحیت

ش.ش: ۷۷۴۱۵۲۴۲

کرمان، فلان شمرداری، شب چهارم و پنجم، تلفن: ۰۲۶-۳۳۳۳۱۱۳۰، کد پستی: ۳۳۳۳۳-۲، پ.ک: ۳۳۳۳۳-۲



جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی  
دبیرخانه شورای

بسمه تعالی

شماره: ۱۴۲/۸۶۵  
تاریخ: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴  
پیوست دارد

وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی  
شماره ثبت: ۱۹۲۲۵۲  
تاریخ: ۱۴۰۰/۱۰/۰۴

جناب آقای رضا عوض پور

رئیس محترم امور سلامت و رفاه اجتماعی سازمان برنامه و بودجه کشور

جناب آقای دکتر بهرام دارابی

معاون محترم وزیر و رئیس سازمان غذا و دارو

سرکار خانم دکتر حنان حاجی محمودی

مدیر کل محترم دفتر مدیریت خدمات بیمه سلامت تخصصی و فوق تخصصی سازمان بیمه سلامت ایران

جناب آقای دکتر بهرام نوبخت

معاون محترم درمان سازمان بیمه خدمات درمانی نیروهای مسلح

جناب آقای مجتبی احمدلو

سرپرست محترم بهداشت و درمان و امور بیمه های اجتماعی کمیته امداد امام خمینی (ره)

جناب آقای احد رستمی

مدیر کل دفتر بیمه های سلامت وزارت تعاون، کار و رفاه اجتماعی

جناب آقای دکتر شادنوش

رئیس محترم مرکز مدیریت پیوند و درمان بیمارها

جناب آقای دکتر علی سالاریان

معاون محترم فنی و نظارت سازمان نظام پزشکی جمهوری اسلامی ایران

جناب آقای دکتر امیرعباس منوچهری

معاون محترم درمان سازمان تامین اجتماعی

جناب آقای دکتر مهدی یوسفی

مدیر کل محترم دفتر ارزیابی فناوری و تدوین استاندارد و تعرفه سلامت

موضوع: پوشش بیمه ای اندیکاسیون های درمانی تریپاراتاناید

با سلام و تحیات:

با صلوات بر محمد و آل محمد(ص) و با تقدیم احترام؛ ضمن تشکر از حضور در جلسه کمیته بررسی و تعیین سطح و شمول خدمات مورخ ۱۴۰۰/۰۹/۲۹ به پیوست مصوبه پوشش بیمه ای اندیکاسیون های داروی تری پاراتاناید جهت اجرا ابلاغ می گردد.

دکتر سید سعاد رضوی  
دبیر شورای عالی بیمه سلامت و مدیر کل دفتر  
برنامه ریزی و سیاست گذاری بیمه سلامت

  
جمهوری اسلامی ایران  
وزارت بهداشت و درمان آذربایجان  
معاونت درمان

دبیرخانه شورای راهبردی تدوین راهنماهای سلامت

راهنمای تجویز داروی

تری پاراتلید

پاییز ۱۳۹۹

بسمه تعالی  
راهنمای تجویز داروی تری پاراتاید

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو
			اندیکاسیون	کنترا اندیکاسیون		
تری پاراتاید 250 ug/1ml 2.4milliliter به صورت تزریقات زیر جلدی در محل دور ناف یا ران	بستری بستری موقت سرپایی در درمان استئوپروز شدید	۱- فوق تخصص روماتولوژی ۲- فوق تخصص اندوکرینولوژی ۳- متخصصین ارتوپدی	۱. خانم های یائسه با استئوپروز شدید یا وجود ریسک فاکتورهای متعدد جهت شکستگی مانند افرادی که سابقه شکستگی های متعدد یا شکستگی های شدید با Tscors-3.5 در غیاب شکستگی ۲. خانم های یائسه با Tscors-2.5 همراه با حداقل یک شکستگی ۳. آقایان بالای ۶۵ سال با Tscors-3.5 در غیاب شکستگی ۴. آقایان بالای ۶۵ سال با Tscors-2.5 همراه با حداقل یک شکستگی یا وجود شکستگی مداوم طی درمان حداقل ۱ سال با سایر داروها ۵. استفاده از PTH-34 در افرادی که سایر درمان های پوکی استخوان با شکست مواجه شده است مثل استئوپروز ناشی از مصرف طولانی مدت گلوکوکورتیکوئیدهای سیستمیک ۶. بیماران با استئوپروز که قادر به تحمل بیس فوسفونات ها نیستند یا منع مصرف بیس فوسفوناتها را دارند مثل آسالاژی، اسکلودرمی با درگیری ازوفاژ و تنگی ازوفاژ	-سرطان های استخوان (استئوسارکوما) -هیپرپاراتیروئیدی اولیه یا ثانویه حتی اگر BMD پائین داشته باشند. - اختلالات هیپر کلسمی ناشی از بدخیمی چون احتمال تشدید هیپر کلسمی وجود دارد. - افراد با ریسک بالای استئوسارکوم یا پازه یا سطح بالای الکالین فسفاتاز بدون دلیل - متاستاز یا بدخیمی استخوانی یا سابقه اشعه	تزریقات روزانه زیر جلدی ۲۰ میکروگرم حداکثر به مدت ۲۴ ماه. جهت حفظ دانسیته استخوانی، بعد از ۲ سال، درمان با یک دارو مانند بیس فسفونات ها یا دنوزومب جهت حفظ دانسیته استخوانی در نظر باشد.	-انجام دانسیتومتری -اندازه گیری کلسیم (در صورت دریافت دارو، نمونه حداقل ۱۶ ساعت بعد از تزریق دارو گرفته شود زیرا تری پاراتاید به صورت گذرا می تواند باعث هایپرکلسمی شود). فسفر، آکالین فسفاتاز، ویتامین D و پاراتورمون -مشورت با فوق تخصص نفرولوژی در صورت نیاز به استفاده در بیماران CKD مرحله ۴-۵

نام دارو	کاربرد دارو	افراد صاحب صلاحیت جهت تجویز	شرط تجویز		دوز و تواتر مصرف دارو	اقدامات مورد نیاز قبل از تجویز دارو
			اندیکاسیون	کنترا اندیکاسیون		
			۷. شکستگی اتیبیکال فمور ۸. شکستگی یا افت دانسیته استخوان علیرغم انجام درمان مناسب	درمانی که شامل استخوان هم شده باشد. - کودکان یا نوجوانانی که ایپی فیز آنها بسته نشده باشد. - بیماران با بدخیمی های غیر استخوانی، سنگ کلیه یا نارسایی کلیوی		

- تاریخ اعتبار این راهنما از زمان ابلاغ به مدت ۳ سال می باشد و بعد از اتمام مهلت زمانی میبایست ویرایش صورت پذیرد.