



معاونت درمان دانشگاه علوم پزشکی اصفهان

دستور العمل تجویز داروی توسیلنروماب

تنظیم و تدوین:

دکتر بابک امرا، دکترین ایرج، دکتر امین سامی، دکتر فرزین خورش

با همکاری واحد ایمنی بیمار و کنترل عفونت معاونت درمان

شهریور ۱۴۰۰

باسمه تعالی

مقدمه:

در بیماران مبتلا به کووید-۱۹ بستری در بیمارستان در صورت وجود فاکتورهای التهابی شدید و در حضور هایپوکسمی مقاوم، عدم پاسخ به کورتون و یا سیر شدیداً پیشرونده بیماری، با در نظر گرفتن شرایط بالینی بیمار و نداشتن ممنوعیت های مصرف داروی توسیلیزوماب می توان از این دارو در موارد زیر استفاده نمود.

اندیکاسیون های مصرف:

بیمارانی که طی ۳ روز گذشته در بیمارستان بستری شده اند و یکی از شرایط زیر را دارند، کاندید دریافت دارو می باشند:

۱- انتقال به بخش ICU طی ۲۴ ساعت گذشته و نیاز به تهویه مکانیکی تهاجمی، تهویه غیر

تهاجمی (NIV) و یا HIGH FLOW NASAL OXYJEN

۲- در بخش به علت افزایش نیاز به اکسیژن نیازمند دریافت تهویه غیر تهاجمی (NIV) و یا

HIGH FLOW NASAL OXYJEN می باشند (به شرط CRP بالاتر یا مساوی ۷۵).

دوز استاندارد تجویز داروی توسیلیزوماب

دارو می بایست به صورت تک دوز و به میزان ۸mg/kg تجویز گردد.

تذکر: در بیمارانی که داروی توسیلیزوماب جهت ایشان شروع می گردد، می بایست کورتون به صورت دگزامتازون، ۸ میلی گرم و یا پردنیزولون، ۵۰ میلی گرم ادامه یابد. تجویز دوزهای بالاتر کورتون در این بیماران توصیه نمی گردد و ممکن است منجر به عوارض ناخواسته گردد.

کنتر اندیکاسیون ها:

مصرف داروی توسیلیزوماب در موارد زیر ممنوع می باشد:

- ۱- سابقه حساسیت شدید به داروی توسیلیزوماب
- ۲- بیمارانی که نقص ایمنی واضح دارند به ویژه افرادی که اخیراً از داروهای بیولوژیک استفاده کرده اند
- ۳- آنزیم های کبدی ۵ برابر میزان نرمال
- ۴- پلاکت زیر ۵۰ هزار
- ۵- ANC (Absolute Neutrophil Count) کمتر از ۵۰۰
- ۶- عفونت های فعال ویرال (غیر کرونا)، باکتریال و قارچی جدی غیر قابل کنترل
- ۷- خطر بالای پارگی احشا گوارشی
- ۸- نارسایی کبدی زمینه ای (Child-Paugh Category C)

نکات مهم:

جهت تجویز دارو می بایست پزشک معالج پس از بررسی دقیق اندیکاسیون مصرف در بیمار فرم تایید تجویز دارو را تکمیل نموده و فرم مذکور می بایست پس از تایید پزشک مشاور و مسئول فنی بیمارستان به داروخانه مرجع ارسال گردد.

منابع:

COVID-19 Treatment Guidelines Panel. Coronavirus Disease 2019(COVID-19) Treatment Guidelines.National Institutes of Health.Available at <https://www.covid19treatmentguidelines.nih.gov/>. 25 Agust/2021

فرم تایید تجویز داروی توسیلیزوماب

نام و نام خانوادگی :	سن بیمار :	جنس بیمار :	تاریخ پذیرش در بیمارستان :
بخش بستری :	شماره پرونده :	علت بستری :	وزن تقریبی بیمار :
بیماریهای زمینه ای :	نارسایی کبدی زمینه ای (Child-paugh category C): <input type="checkbox"/>		

نتیجه PCR: مثبت <input type="checkbox"/> منفی <input type="checkbox"/>	تاریخ بستری بیمار :
تعداد روز شروع علائم :	میزان O2sat بیمار بدون اکسیژن :
میزان O2sat بیمار با اکسیژن :	وضعیت اینتوباسیون
<input type="checkbox"/> دریافت می کند : HFNO (HIGH FLOW NASAL OXYJEN)	وضعیت اینتوباسیون
<input type="checkbox"/> دریافت می کند : NIV	وضعیت اینتوباسیون
هائپوکسمی پیشرونده: <input type="checkbox"/>	اطمینان از عدم پرفوراسیون یا انسداد روده: <input type="checkbox"/>
CRP:	WBC:
PLT:	SGOT:
SGPT:	

تاریخ درخواست دارو :	نام دارو :	دوز دارو :	تعداد مورد نیاز :
توضیح در مورد علت نیاز به داروی مربوطه توسط پزشک معالج :			

مهر و امضاء پزشک معالج	مهر و امضاء پزشک مشاور	مهر و امضاء سرپرستار بخش	مهر و امضاء مسئول فنی بیمارستان
------------------------	------------------------	--------------------------	---------------------------------