

موضوع: اندومتريوز

گردآورنده: دکتر ام ليلا قاسمی نژاد

با همکاری: کارشناسان مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم استان یزد

آدرس: یزد - بلوار نواب صفوی - دانشگاه علوم پزشکی (معاونت غذا و دارو)

شماره تلفن: ۰۳۵۱-۶۲۱۴۱۹۱

<http://www.ssu.ac.ir>

[E.mail: YFDO@ssu.ac.ir](mailto:YFDO@ssu.ac.ir)

### فهرست مطالب:

شماره صفحه	موضوع
۳	تعريف
۳	پاتوفيزيولوژی
۳	شیوع
۴	علائم
۴	تشخيص
۵	طبقه بندی بیماری
۵	ریسک فاکتورها
۵	درمان
۶	درمان هورمونی اندومتريوز
۶	پروژستين ها
۷	آندروژنها

۸	آنالوگهای GnRH
۹	اندومتريوز و روشهای کمکی باروری آزمایشگاهی
۱۰	سوالات برگزیده
۱۲	منابع

## اندومتریوز (ENDOMETRIOSIS)

### تعریف

اندومتریوز یک بیماری خوش خیم است که در اثر پیدایش و نشر بافت اندومتر (غدد و استروما) در خارج از رحم ایجاد می شود. مناطقی که اغلب بافت اندومتر به آنجا گسترش می یابد، احشاء لگنی و شکم (پریتون) می باشد. ظاهر اندومتریوز از چند ضایعه مختصر روی ساختمانهای لگنی (که از سایر جهات بی عیب و نقص هستند) تا کیست های اندومتریوز بزرگ تخمدانی که آناتومی تخمدان و لوله ها را بهم می زند، به همراه چسبندگی های وسیع که اغلب روده، مثانه و حالب را درگیر می کند متفاوت است. استروژن و پروژسترون تولید شده توسط تخمدان ها باعث تحریک رشد بافت خارج رحمی می شوند. مدیاتورهای شیمیایی مانند پروستاگلاندین ها و سیتوکین ها مسئول ایجاد درد و تورم هستند. میزان و شدت درد همیشه وابسته به وسعت اندومتریوز نمی باشد. گاهی زنان با اندومتریوز پیشرفته ممکن است بدون علامت باشند. تخمین زده شده است که اندومتریوز در ایالات متحده آمریکا در ۷٪ از خانم هایی که در سنین باروری هستند، رخ می دهد و اغلب با درد لگنی و ناباروری همراه است.

### پاتوفیزیولوژی

اگرچه علائم و نشانه های اندومتریوز از سال ۱۸۰۰ میلادی توصیف شده اند، اما ظهورگسترده آن فقط در این قرن شناخته شده است. اندومتریوز یک بیماری وابسته به استروژن است. در مورد علل پیدایش اندومتریوز چندین نظریه وجود دارد که شامل بازگشت خون قاعدگی به عقب و جابجایی سلول های اندومتر، پاسخ ایمنی به بافت های جایگزین شده، ناهنجاریهای ژنتیکی، فاکتورهای محیطی و ناهنجاریهای آناتومیک می باشد. در این بیماری تولید استرادیول افزایش و غیر فعال سازی آن کاهش می یابد. در نتیجه سطوح موضعی استرادیول بالاست و همین طبیعت وابسته به استروژن بیماری، به عنوان هدفی برای درمان در نظر گرفته می شود. اندومتریوز بیشتر در سنین ۴۰-۳۰ سال ایجاد می شود که در اثر این عارضه میزان باروری کاهش می یابد. با عود بیماری بافت اندومتر به نواحی دورتر مانند ریه ها و ناف گسترش می یابد.

### شیوع

اندومتریوز به طور عمده در خانم هایی که در سنین باروری (۴۰-۳۰ سالگی) هستند، یافت می شود. اما در سنین بلوغ و افرادی که پس از یائسگی هورمون جایگزین دریافت می کنند، نیز گزارش شده است. این بیماری در همه گروههای بومی و اجتماعی یافت می شود و در

افراد دچار درد لگنی و ناباروری شیوع بالایی (۹۰-۲۰ درصد) دارد. در خانم های بدون علامت که سابقه بستن لوله داشته اند (یعنی باروری ثابت شده)، شیوع اندومتريوز بين ۳-۴۳ درصد متغیر است. پارامترهای متعددی منجر به این تفاوت زیاد در شیوع بیماری شده است که عبارتند از:

- ۱- ممکن است روش تشخیصی مورد استفاده متفاوت باشد. لاپاراسکوپی که عمل انتخابی جهت تشخیص است به طور کلی روش بهتری از لاپاراتومی می باشد. البته این عمل برای اندومتريوز جزئی تا خفیف کاربرد دارد.
- ۲- اندومتريوز جزئی تا خفیف ممکن است در بیمار علامت دار (که هنگام بستن لوله ها تحت بیهوشی عمومی قرار گرفته) بیش از بیمار بدون علامت، تشخیص داده شود.
- ۳- تجربه جراح نیز حائز اهمیت است. زیرا تفاوت زیادی در تظاهر نقاط ظریف اندومتريوز، کیست ها و چسبندگی ها وجود دارد. اکثر مطالعات که شیوع اندومتريوز در سنین باروری را ارزیابی می کنند، فاقد تأیید بافت شناسی هستند.

### علائم

شایعترین علائم آن درد مزمن لگنی و نازایی می باشد. علائم دیگر شامل قاعدگی دردناک، مقاربت دردناک، زخم های تناسلی، زخم دهانه رحم، ایجاد توده در لگن، چرخش رحم حساس شدن به درد، کسالت، درد پشت و دفع همراه با درد، اسهال، دیس اوری و هماچوری است. اندومتريوز درگیر کننده مسیر روده ای (مخصوصاً کولون و رکتوم) شایعترین ناحیه خارج لگنی بیماری است و سبب درد شکم، خونریزی دوره ای از رکتوم، یبوست و انسداد می گردد. اندومتريوز حالب می تواند موجب انسداد، درد روده ای، سوزش ادرار و هماچوری گردد. نوع ریوی اندومتريوز به صورت پنوموتوراکس، هموتوراکس و خلط خونی در طی قاعدگی ها بروز می نماید و نوع نافی آن منجر به توده قابل لمس و درد دوره ای در منطقه ناف می شود.

### تشخیص

در بسیاری از زنان دچار اندومتريوز، هیچ ناهنجاری در طی معاینه بالینی کشف نمی شود. ولوواژن باید با دقت جهت هرگونه نشانه ای از اندومتريوز معاینه شود. تشخیص قطعی با مشاهده مستقیم در لاپاروسکوپی حاصل می شود. در طی لاپاروسکوپی تشخیصی، حفره لگنی و شکمی باید جستجو گردند. این معاینه باید شامل مشاهده کامل و لمس روده، مثانه، رحم، لوله ها، تخمدانها و رباط پهن در جهت عقربه های ساعت و یا خلاف آن توسط یک پروب غیر نوک تیز باشد. یافته های مشخص کننده، شامل ضایعات تیبیک روی سطوح سرری صفاق می باشند. اندومتريوز به ندرت پس از یائسگی دیده می شود.

## طبقه بندی بیماری

اندومتريوز براساس یافته های لاپاراسکوپي به چهار مرحله تقسیم میشود:  
مرحله خفيف (Minimal)، مرحله ملایم (Mild)، مرحله متوسط (Moderate)، مرحله شدید (severe)

## ریسک فاکتورها

زناني که دیر باردار می شوند، اولین قاعدگی زودرس، افرادی که دوره قاعدگی طولانی و خونریزی زیاد دارند، عدم تعادل هورمونی، فاکتورهای ایمنی غیر عادی، استفاده از ابزار داخل رحمی (IUD)، چاقی، ورزش نکردن، رژیم غذایی پرچرب، استرس زیاد، بی قراری، وسواس و زنان آسیایی ریسک فاکتورهای اندومتريوز هستند.

## درمان

از آنجا که مشخص شده است استروژن رشد اندومتريوز را تحریک می کند، درمان هورمونی به گونه ای طراحی شده که تولید استروژن مهار شود و آتروفی در نقاط اندومتريوز یا قطع سیکل قاعدگی و تحریک خونریزی ایجاد شود. تجویز کنتراستپتیوهای خوراکی، دانازول، پروژستین ها یا آنالوگ های GnRH به مدت ۶ ماه به طور موثر منجر به بهبود عملکرد تخمدان و درمان درد می شود. در ابتدا اگر درمان با کنتراستپتیو های خوراکی و NSAIDs به مدت ۳ ماه منجر به بهبود علائم نشد، از آنالوگ های GnRH و به دنبال آن تجویز استروژن و پروژسترون استفاده می شود. در صورت موثر واقع نشدن، لاپاراسکوپي و جراحی نیاز است. NSAIDs اثرات مفید و موثری در درمان درد ناشی از اندومتريوز از طریق کاهش پروستاگلاندین ها و احتمالاً کاهش میزان خونریزی بافت اندومتر دارند. این داروها خط اول درمان برای جوانان زیر ۱۸ سال می باشند. داروی مورد استفاده بیشتر ایبوپروفن است. بزرگسالان: ۸۰۰-۲۰۰ میلی گرم به صورت خوراکی هر ۸-۶ ساعت (در صورت نیاز حداکثر ۳/۲ گرم روزانه).

کودکان: ۱۰-۵ میلی گرم بر کیلوگرم، هر ۸-۶ ساعت (در صورت نیاز حداکثر ۴۰ میلی گرم بر کیلوگرم روزانه).

NSAIDs عموماً همراه با دیگر روشهای درمانی (هورمون درمانی) جهت اندومتريوز استفاده می شوند. این داروها دارای عوارض جانبی نظیر تهوع، گیجی، زخم های گوارشی و نارسایی کلیوی هستند.

## درمان هورمونی اندومتريوز

کنتراسپتیوهای ترکیبی خوراکی، خط اول درمان در دختران کمتر از ۱۶ سال و زنانی که قصد باروری ندارند، می باشد. داروهای این دسته، قرصهای مونوفازیک هستند که به صورت پیوسته و روزانه یک قرص استفاده می شوند. عوارض جانبی این داروها بیشتر شامل تهوع، نفخ و حساس شدن سینه ها می باشد که این عوارض موقتی بوده و معمولاً در طی سه ماه مصرف از بین می روند. تجویز مداوم قرص ها، اساس درمان دارویی اندومتريوز می باشد. این درمان بوسیله دوز پایین و مداوم قرص های ضد حاملگی ترکیبی مونوفازیک (یک قرص در روز بمدت ۶ تا ۱۲ ماه) به طور اولیه جهت القای حاملگی کاذب مورد استفاده قرار می گیرد که سبب آمنوره و دسیدوالیزاسیون (Decidualization)<sup>۱</sup> بافت اندومتري می شود. نشان داده شده است که القای وضعیت حاملگی کاذب توسط قرص های ضد حاملگی ترکیبی در کاهش درد قاعدگی و درد لگنی موثر بوده است. بعلاوه آمنوره ناشی از قرص ضد حاملگی می تواند میزان پس زدگی خون قاعدگی و خطر پیشرفت بیماری را کمتر نماید. هر نوع قرص ضد حاملگی خوراکی ترکیبی با دوز پایین که حاوی ۳۰ تا ۳۵ میکروگرم اتینیل استرادیول باشد و به طور مداوم استفاده شود، می تواند در درمان اندومتريوز موثر باشد. هدف درمان، القای آمنوره است که باید برای مدت ۱۲-۶ ماه ادامه یابد. بهبود علائم درد قاعدگی و درد لگنی در ۹۰-۶۰ درصد بیماران گزارش شده است و عود بیماری در سال اول معادل ۱۸-۱۷ درصد می باشد. بعلاوه احتمال حاملگی بعد از درمان تا ۵۰٪ قابل انتظار است. ضد حاملگی های خوراکی از سایر درمان ها ارزان تر بوده و ممکن است، جهت درمان کوتاه مدت اندومتريوز کمک کننده باشد. در بعضی از زنان نیز ممکن است فواید بالقوه دراز مدت داشته باشند.

## پروژستین ها

این داروها ممکن است با ایجاد دسیدوالیزاسیون بافت اندومتري و بدنبال آن آتروفی، اثرات ضد اندومتريوزی داشته باشند. پروژستین ها را می توان بعنوان انتخاب اول در درمان اندومتريوز

<sup>۱</sup> واژه ای جهت توصیف تغییرات حاصله در بافتهایی که تخمک بارور در آنها لانه گزینی می کند. این تغییرات (که به طور طبیعی تحت تأثیر هورمونها در داخل پوشش رحم رخ می دهند) در هنگام تشکیل اندومتر به شدت تخصص یافته (دسیدوا) و در جهت آماده سازی برای لانه گزینی بلاستوسیتها به حداکثر خود می رسند. ممکن است در بافتهایی که در آنها حاملگی های نابجا رخ می دهد (برای مثال پوشش مخاطی لوله های رحم، صفاق و تخمدانها) نیز اتفاق بیفتد.

در نظر گرفت، زیرا به اندازه دانازول و یا آنالوگ های GnRH موثر بوده، ارزان ترند و عوارض جانبی کمتری دارند.

عوارض جانبی این داروها شامل لکه بینی، نفخ، افزایش وزن، تهوع و خونریزی ناشی از کاهش استروژن خون می باشد. اگرچه خونریزی شایع است، اما معمولاً با تجویز کوتاه مدت (۷ روزه) استروژن تصحیح می گردد. در یک درصد افراد، افسردگی و تغییرات خلق، مشکلات مهمی هستند.

#### مدروکسی پروژسترون استات:

مدروکسی پروژسترون استات به صورت سوسپانسیون قابل تزریق برای درمان اندومتریوز همراه با درد، مورد تأیید FDA می باشد. اما در خانم های نابارور توصیه نمی شود. زیرا آمنوره را القاء کرده و شدیداً باعث عدم تخمک گذاری می شود. عوارض جانبی دارو (فرم خوراکی و یا فرم تزریقی) استفاده از آن را محدود کرده است. این دارو به دلیل عوارض هایپواستروژنسم و کاهش دانسیته استخوانی، بیش از دو سال نباید استفاده شود. مدروکسی پروژسترون استات به صورت خوراکی با دوز ۲۰-۳۰ میلی گرم روزانه در درمان اندومتریوز به کار می رود و به صورت عضلانی، ۱۵۰mg هر سه ماه یک بار تجویز می شود.

#### نوراتیندرول استات:

ابتدا ۵ میلی گرم روزانه به صورت خوراکی تا ۲ هفته، سپس ۲/۵ میلی گرم هر ۲ هفته اضافه می شود تا به دوز ۱۵ میلی گرم روزانه به مدت ۹-۶ ماه برسد.

#### مجسترو ل استات:

با دوز ۴۰mg روزانه تجویز می شود که با نتایج خوبی همراه بوده است.

#### آندروژن ها (Androgens)

##### دانازول

دانازول در نوع متوسط بیماری، ۸۰۰mg روزانه در دو دوز منقسم تجویز می شود. در نوع ملایم ۲۰۰-۴۰۰ میلیگرم در دو دوز منقسم به مدت ۳-۶ ماه تجویز می شود. درمان ممکن است تا ۹ ماه طول بکشد. دانازول با دو مکانیسم در درمان اندومتریوز موثر است.

دانازول با مهار ترشح گنادوتروپین ها (LH و FSH) از غده هیپوفیز باعث سرکوب تولید استروئید از تخمدان می شود. شواهد حاکی از اثر مهاری مستقیم بر روی مناطق تخمدانی و اتصال به رسپتورهای استروئیدی در ارگانهای هدف است.

داناژول یک داروی ایمونوساپرسیو می باشد. لذا مکانیسم اتوایمیون بودن اندومتزیوز را پوشش می دهد. این دارو در اندومتزیوز در سنین بالا موثرتر است. به خاطر عوارض جانبی دائمی آن بهتر است که در جوانان استفاده نشود.

عوارض جانبی داناژول شامل افزایش وزن، ادم، کاهش سایز سینه، آکنه، هیرسوتیسم، افزایش چربی پوست، بم شدن صدا، آتروفی واژن و آسیب کبدی می باشد. داناژول در بیماران کبدی، فشار خون بالا، نارسایی احتقانی قلب و اختلال عملکرد کلیوی منع مصرف دارد. چون سبب آسیب کبدی و احتباس مایع می شود. این دارو با دوره درمان ۶ ماهه ۹۳-۵۵ درصد درد را بهبود می دهد ولی تأثیری در باروری ندارد.

### آنالوگ های GnRH

داروهای این دسته به میزان ۱۰۰-۸۵ درصد، در درمان درد ناشی از اندومتزیوز موثر هستند، ولی منجر به القاء باروری نمی شوند.

### مکانیسم عمل:

این داروها در دوزهای درمانی غلظت خونی ثابتی ایجاد می نمایند و ترشح گنادوتروپین ها را مهار می کنند. در ابتدا با القاء FSH و LH باعث افزایش زود گذر استروئیدها می شوند. استفاده مداوم از این داروها با اثر روی محور هیپوفیز-هیپوتالاموس، بر اساس پدیده Down regulation، باعث کاهش میزان FSH و LH شده و در نتیجه منجر به کاهش استروژنها می شود. بنابراین در محیط های هایپواستروژنیک، دانستینه استخوانی را کم می کند. این اثر ۴-۲ هفته، پس از شروع درمان دیده می شود. پس از درمان طولانی با این داروها درمان با استروژن، پروژستین ها و یا هر دو مورد نیاز است تا علائم هایپواستروژنسیم را بدون تغییر در اثرات دارو پوشش دهد. آنالوگ های GnRH به علت داشتن عوارض جانبی زیاد مانند گرگرفتگی، کاهش دانسیته استخوانی، آتروفی سینه ها و خشکی واژن بهتر است بیش از ۶ ماه مصرف نشوند. این دارو در دختران زیر ۱۶ سال به دلیل اثر بر دانسیته استخوانی بجز در موارد مقاوم، بهتر است استفاده نشود.

### داروهای این دسته:

Leuprolide Acetate: در زنان بالای ۱۸ سال، ۱۱/۲۵ میلی گرم عضلانی هر ۳ ماه به مدت ۶ ماه و یا ۳/۷۵ میلی گرم به مدت ۶ ماه

Goserelin Acetate: در بزرگسالان ۳/۶ میلی گرم (زیر جلدی) هر ۲۸ روز به مدت ۶ ماه

Nafarelin Acetate: بزرگسالان ۸۰۰-۴۰۰ میکروگرم داخل بینی به مدت ۶ ماه

(Diphereline<sup>®</sup>، Decapeptyl<sup>®</sup>) Triptorelin Pamoate

این دارو در درمان اندومتریوز مورد تأیید FDA نمی باشد. با این حال فرم دپو آن در انواع ملایم تا متوسط به صورت عضلانی تجویز می شود.

(Superfact<sup>®</sup>) Buserlin

بوسرلین به صورت آمپول و اسپری بینی وجود دارد و با دوز ۹۰۰-۱۲۰۰ میکروگرم به صورت اسپری بینی و ۲۰۰ میکروگرم روزانه به صورت تزریقی به مدت ۶ ماه استفاده می شود. ولی این دارو در درمان اندومتریوز مورد تأیید FDA نمی باشد.

در موارد شدید اندومتریوز که ناباروری و مقاومت به درمان دارویی وجود دارد، اندیکاسیون جراحی مطرح می باشد.

#### اندومتریوز و روش های کمکی باروری آزمایشگاهی:

درمان ناباروری (ناشی از اندومتریوز) وابسته به سن، طول مدت ناباروری، مرحله اندومتریوز، درگیری تخمدان ها، لوله ها و یا هر دو است. در روند درمان اندومتریوز، درمان های قبلی، نوع درد، اولویت های بیمار، تلقی بیمار از بیماری خود، هزینه درمان، استطاعت مالی و نتایج درمان باید در نظر گرفته شوند. کمک به باروری، شامل تحریک بیش از حد تخمدان به همراه تلقیح داخل رحمی (IVF) انتقال داخل لوله ای گامت و جراحی ممکن است انتخاب هایی جهت درمان ناباروری باشند. هنگامی که تغییر شکل آناتومیک لوله های تخمدانی مانع استفاده از روش های تحریک تخمک گذاری، تلقیح داخل رحمی و یا انتقال داخل لوله ای گامت گردد، روش باروری آزمایشگاهی (IVF) روش انتخابی است.

## سؤالات برگزیده:

- ۱- شایعترین علائم اندومتريوز کدام مورد می باشد؟  
 الف) اسهال، درد پشت و دفع همراه با سوزش ادرار  
 ب) دیس اوری و هماچوری  
 ج) زخم تناسلی و قاعدگی دردناک  
 د) درد مزمن لگنی و نازایی
- ۲- کدام مورد صحیح است:  
 الف) اندومتريوز یک بیماری وابسته به استروژن است.  
 ب) در اندومتريوز تولید استرادیول افزایش و غیر فعال سازی آن کاهش می یابد.  
 ج) مناطقی که اغلب بافت اندومتريوز به آنجا گسترش می یابد، احشاء لگنی و شکم می باشد.  
 د) همه موارد
- ۳- شایعترین ناحیه ای که در اندومتريوز خارج لگنی دچار می شوند، کدام مورد است؟  
 الف) اندومتريوز مسیر روده ای (کولون و رکتوم)  
 ب) اندومتريوز حالب  
 ج) اندومتريوز ریوی  
 د) اندومتريوز نافی
- ۴- چرا پارامترهای متعددی منجر به تفاوت زیاد در شیوع بیماری شده است؟  
 الف) روش تشخیصی ارائه شده متفاوت است .  
 ب) ممکن است بیماری بدون علامت باشد.  
 ج) اکثر مطالعات که شیوع اندومتريوز در سنین باروری را ارزیابی می کنند، فاقد تأیید بافت شناسی اند.  
 د) همه موارد
- ۵- کدام مورد ریسک فاکتور اندومتريوز نمی باشد؟  
 الف) چاقی، ورزش نکردن  
 ب) رژیم غذایی کم چرب، استرس  
 ج) وسواس، بی قراری  
 د) عدم تعادل هورمونی و فاکتورهای ایمنی غیر عادی

۶-هدف از درمان اندومتريوز چیست؟

(الف) افزایش تولید استروژن و تنظیم دوره قاعدگی

(ب) کاهش تولید پروژسترون و تنظیم دوره قاعدگی

(د) مهار تولید پروژسترون و القای حاملگی کاذب منجر به آتروفی در نقاط اندومتريوز می شود.

(د) مهار تولید استروژن و القای حاملگی کاذب منجر به آتروفی در نقاط اندومتريوز می شود.

۷-خط اول درمان درد و آندومتريوز در دختران زیر ۱۸ سال چیست؟

(الف) NSAIDs و کنتراستپتو خوراکی (ب) NSAIDs و پروژستین

(ج) آندروژن (د) هیچکدام

۸-کدام مورد صحیح است؟

(الف) کنتراستپتو خوراکی در دختران جوان به دلیل عوارض بالایی که دارند کاربرد ندارد.

(ب) القای وضعیت حاملگی کاذب توسط کنتراستپتوها در کاهش عوارض قاعدگی و درد لگنی

بی اثر است.

(ج) کنتراستپتو خوراکی خط اول درمان در زنانی است که قصد باروری ندارند.

(د) تجویز ناپیوسته و غیر مداوم کنتراستپتوها اساس درمان دارویی اندومتريوز است.

۹-داناژول در چه کسان نی منع مصرف دارد؟

(الف) بیماران کبدی (ب) بیماران با فشار خون بالا

(ج) بیماران نارسایی احتقانی قلب و نارسایی کلیه (د) همه موارد

۱۰- کدام مورد مکانیسم عمل داروهای GnRH نمی باشد؟

(الف) افزایش دائمی LH، FSH و استروژن

(ب) با اثر بر محور هیپوفیز - هیپوتالاموس با مکانیسم Down Regulation سبب کاهش

میزان LH و FSH و در نهایت کاهش استروژن می شود.

(ج) با اثر بر روی LH و FSH باعث افزایش زود گذراستروئیدها می شوند.

(د) به علت عوارض زیاد، گر گرفتگی، کاهش دانسیته استخوانی، آتروفی سینه ها و خشکی

واژن بهتر است بیش از شش ماه مصرف نشود.

**References:**

- 1) Novarks Gynecology, 2002, pp. 581-601
- 2) Micromedex 2007
- 3) Harrison Principles of Internal Medicine, 16<sup>th</sup> ED. 2005, P. 2208
- 4) Drug Facts & Comparison, 2005, pp. 313-329-2348-2381
- 5) Textbook of Therapeutics, 2006, pp. 380-385

بسمه تعالی

جمهوری اسلامی ایران

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

معاونت آموزشی - دفتر بازآموزی جامعه پزشکی

درخواست ثبت نام

۱- عنوان خودآموزی: نشریه DRUG INFORMATION ( شماره ..... عنوان: ..... )

۲- محل برگزاری: مرکز اطلاع رسانی دارو و سموم دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شهید صدوقی یزد

۳- نام خانوادگی:	۴- نام:	۱۱- سال دریافت آخرین مدرک تحصیلی: ل ل ل ل ل
۵- شماره شناسنامه:	۶- صادره از:	۱۲- شهرستان محل فعالیت:
۷- جنس:	۱- مرد ل ۲- زن ل	۱۳- آدرس پستی (لطفاً در صورت تغییر آدرس نسبت به شماره قبلی، این قسمت را تکمیل فرمایید)
۸- تاریخ تولد:	ل ل ل ل ل	کد پستی: ل ل ل ل ل
۹- شماره نظام پزشکی:	ل ل ل ل ل ل ل ل ل ل ل	۱۴- تلفن: ۱۵- شماره اشتراک:
۱۰- مدرک و رشته تحصیلی:	۱- فوق لیسانس در رشته: ۲- دکترا در رشته: ۳- تخصص در رشته: ۴- فوق تخصص در رشته: ۵- دکترا (Ph.D) در رشته: ۶- سایر مدارک:	۱۶- مهر و امضاء متقاضی: ۱۷- تاریخ:
		۱۸- امضاء مسئول و مهر محل برگزاری:

لطفاً در این قسمت چیزی ننویسید

۱۹- کد برنامه: ۵ ۱ ۰ ۰ ۰ ۱۳۰	۲۰- کد محل برگزاری: ۳ ۳ ۱ ۱ ۱
۲۱- امتیاز: ل ل ل ل	۲۲- تاریخ شروع:
۲۳- تاریخ خاتمه (تغیبت):	۲۴- شماره گواهینامه:
۲۵- تاریخ صدور:	

مشترکین محترم می توانند جهت کسب امتیاز بازآموزی نشریه تا پایان سال ۸۶، فرمهای بازآموزی از شماره ۴۲ را بطور یکجا حداکثر تا تاریخ ۱۳۸۷/۱/۳۱ ارسال نمایند.

پاسخنامه

	۲۰	۱۹	۱۸	۱۷	۱۶	۱۵	۱۴	۱۳	۱۲	۱۱	۱۰	۹	۸	۷	۶	۵	۴	۳	۲	۱	
الف																					
ب																					
ج																					
د																					

نمره به درصد: .....