

Biuletyn informacyjny

Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Warszawie



#2/2018 (56) KWARTALNIK BEZPŁATNY



ISSN 1733-1323 5 6
9 1771733 132306

Biuro Izby w Warszawie

e-mail: biuro@oia.waw.pl
ul. Żeromskiego 77, lok. 6, 01-882 Warszawa
tel. 22 635 45 54; 22 831 38 58;
fax 22 635 27 72

Biuro Izby w Warszawie czynne od:
poniedziałku do piątku w godz. 9.00 – 15.00
W czwartki w godz. 9.00 – 17.00

Biuro Delegatury w Radomiu
email: oia.radom@poczta.fm
ul. Kilińskiego 15/17, 26-610 Radom
tel./fax 48 363 54 47; tel. kom. 785 665 516

Biuro Izby w Radomiu czynne od
poniedziałku do piątku w godz. 8.00 – 15.00

Prezydium okręgowej rady aptekarskiej oia w warszawie vii kadencji:

Prezes – **mgr farm. Michał Byliniak**
prezes@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Jakub Dorociak**
jakub.dorociak@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Ewa
Steckiewicz-Bartnicka**
ewa.steckiewicz-bartnicka@oia.waw.pl

Zastępca Prezesa – **mgr farm. Wojciech
Szkopański** wojciech.szkopanski@oia.waw.pl

Sekretarz – **mgr farm. Dorota Smółkowska**
dorota.smolkowska@oia.waw.pl

Sekretarz – **dr n. farm. Jerzy Żabiński**
jerzy.zabinski@oia.waw.pl

Skarbnik – **mgr farm. Marian Witkowski**
skarbnik@oia.waw.pl

Dyżury konsultantów ul. Długa 16, ii p. Pok. 204

Konsultant ds. farmaceutycznych
mgr farm. Anna Pławska,
środa, czwartek 9.00-12.00
anna.plawska@oia.waw.pl
785 665 513

Radca Prawny
mec. Sylwester Majewski – czwartek
13.00 – 16.30 prawnik@oia.waw.pl
785 665 513

Kontakt z biurem izby
Aneta Starczewska 785 665 512
ksiegowosc@oia.waw.pl

Anna Skołek 785 665 514
anna.skolek@oia.waw.pl

Klaudiusz Kulak 785 665 515
klaudiusz.kulak@oia.waw.pl

Elżbieta Nowakowska 785 665 516
oia.radom@poczta.fm

Bożena Olech 785 665 517
bozena.olech@oia.waw.pl

Emilia Napora (sekretariat) 785 665 518
sekretariat@oia.waw.pl

Jolanta Komorowska 785 665 519
jolanta.komorowska@oia.waw.pl

Konto bankowe:

Bank Pekao S.A. XI Oddział w Warszawie
21 1240 1138 1111 0000 0209 2153

Od Prezesa

Początek nowej ery.

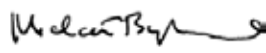
Na wydanie kolejnego numeru biuletynu nakłada się co najmniej kilka znaczących dla farmaceutów wydarzeń. Pierwszym i można by rzec przełomowym jest powołanie Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Po ponad dwóch i pół roku po rezygnacji Zofii Ulz powołanie na funkcję popularnie nazywanego GIF-a otrzymał mgr farm. Paweł Piotrowski. Niezależnie od istotności faktu zakończenia okresu przejściowego w funkcjonowaniu Głównego Inspektoratu Farmaceutycznego, należy podkreślić, że po ponad 25 latach istnienia inspekcji farmaceutycznej jej szefem pozostała osoba spoza tej instytucji, będąca przez lata czynnym farmaceutą, członkiem samorządu aptekarskiego dobrze rozumiejąca istotę wykonywania zawodu oraz wyzwania jakie rzeczywistość stawia codziennie wszystkim farmaceutom i innym uczestnikom rynku. Skala wyzwań stojąca przed inspekcją jest ogromna – zapewnienie dostępności do leków, usunięcie naruszeń przepisów antykoncentracyjnych na rynku aptecznym, certyfikacja hurtowni farmaceutycznych, kontrola obecności farmaceutów w godzinach otwarcia aptek czy współuczestnictwo w procesie wdrażania serializacji to tylko ułamek zadań których termin realizacji w zasadzie już minął. Jako reprezentant środowiska pokładam w nowym Głównym Inspektorze Farmaceutycznym ogromne nadzieje, liczę, że dotychczasowe doświadczenia pozwolą tchnąć w inspekcję farmaceutyczną nową, pozytywną energię i deklaruję chęć współpracy samorządu na wszelkich poziomach i we wszystkich sprawach.

Gratulacje dla nowego Szefa inspekcji nie mogą też obyć się bez podziękowań dla Zbigniewa Niewójta, którego 25-letnie zaangażowanie i zasługi na rzecz środowiska farmaceutycznego oraz kształtowania rynku farmaceutycznego są bezsporne. Niezwykle ważnym aspektem codziennej pracy aptekarzy są przepisy.

W tematach legislacyjnych zarówno na poziomie projektów aktów prawnych jak i nowych, funkcjonujących regulacji końcówka wiosny jest bardzo obfita. Najbardziej kontrowersyjną kwestią jest nowe rozporządzenie w sprawie recept, którego nowa wersja nie we wszystkich aspektach wprowadziła zmiany na lepsze. W obecnej chwili na wniosek Naczelnej Izby Aptekarskiej prowadzone są prace nad nowelizacją przepisów mająca na celu wyeliminowanie wszystkich utrudnień w realizacji recept. W najbliższym czasie spodziewać należy się co najmniej kilku zmian przepisów dotyczących funkcjonowania aptek, dlatego też zachęcam do śledzenia strony internetowej izby i zapoznawania się z bieżącymi informacjami oraz opracowaniami na temat wchodzących w życie zmian.

Na koniec nie mogę nie wspomnieć o historycznym wydarzeniu mającym miejsce na terenie naszej Izby. 10 maja w Siedlcach odbyła się inauguracja pilotażu e-recepty podczas której po raz pierwszy w polskiej aptece taka recepta została zrealizowana. Pilotaż zaplanowany jest na co najmniej 4 miesiące i czynny udział farmaceutów pozwoli na dopracowanie procedur i rozwiązań informatycznych w sposób gwarantujący funkcjonalność po jego wdrożeniu w skali ogólnopolskiej. Kolejne podziękowania kieruję w tym miejscu do wszystkich farmaceutów biorących udział w pilotażu, doceniając ich zaangażowanie w rozwiązywanie trudności z jakimi mierzą się testując nową technologię. Bez Waszej współpracy projekt e-recepty nie miałby szansy na szybki rozwój.

W ostatnim zdaniu w nawiązaniu do nadchodzących wakacji, życzę wszystkim mazowieckim farmaceutom udanego wypoczynku i wielu słonecznych dni.


mgr farm. Michał Byliniak

Spis treści

- 06** Z życia izby
- 05** VII Sesja Szkoleniowa Kierowników Aptek Ogólnodostępnych
- 08** XVI Sesja Szkoleniowa dla Pracowników Hurtowni Farmaceutycznych
- 10** Wręczenie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty
- 13** Farmaceuci na Woodstocku
- 15** Okiem prawnika
- 16** Innowacje w aptece szpitalnej w Ostrołęce cz. 2
- 19** Weryfikacja autentyczności leków w aptekach szpitalnych
- 20** Najczęściej zadawane pytania
- 24** Opieka farmaceutyczna
- 30** Probiotyki
- 05** NLPZ a leczenie depresji
- 37** Alergia i karmienie piersią
- 38** Receptura
- 41** Komunikat ws. ZSMOPL
- 42** Poradnik prawny – RODO w Aptece
- 43** Sukces warszawskich Farmaceutów w Piłce Siatkowej
- 44** Ogłoszenia
- 41** Z żałobnej karty

Szanowni Państwo,

Z ogromną satysfakcją mam przyjemność przekazać w Państwa ręce kolejne wydanie biuletynu Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie. Numer ten zawiera bardzo dużo informacji dotyczących spotkań i wydarzeń organizowanych przez Członków ORA. Zespół Redakcyjny oraz Organizatorzy chcą pokazać Państwu efekty swojej pracy, kierunek naszych działań oraz poinformować czym zajmujemy się w ramach działalności na rzecz naszego zawodu. Ale biuletyn oprócz funkcji skądinąd sprawozdawczej ma także rolę informacyjną oraz edukacyjną- stąd w tym numerze znajdują Państwo doniesienia o aktualnych wydarzeniach oraz teksty merytoryczne nt. zagadnień prawnych,

probiotyków, stosowania leków u kobiet w ciąży, receptury, zagadnień farmakologicznych ważnych z punktu widzenia codziennej pracy w aptece jak również top 20 pytań, z którymi najczęściej zwracacie się Państwo do Izby.

W numerze tym chwalimy się także sukcesami sportowymi naszych Kolegów! Wszystkim Wam serdecznie gratulujemy i życzymy dalszych sukcesów.

Mam nadzieję, że każdy z Państwa znajdzie dla siebie coś interesującego. Ambicją Zespołu Redakcyjnego jest zaproponowanie Państwu ciekawej i różnorodnej lektury.

Redaktor Naczelny
Emilia Gąsińska



Zespół redakcyjny
Edyta Banaczkowska-Duda
Michał Byliniak
Agnieszka Chodkowska
Jolanta Komorowska
Klaudiusz Kulak
Paweł Peterson
Magdalena Stolarczyk
Marian Witkowski
Michał Pstrągowski

Skład
Maciej Zawadzki
zawadzki@fotoprojekty.pl

Druk
Przedsiębiorstwo Produkcyjno Usługowe
Handlowe „Progress” sp. z o.o.
ul. Łomżyńska 8,
41-219 Sosnowiec



Nowy Szef GIF-u

W czerwcu br. Ministerstwo Zdrowia ogłosiło długo wyczekiwaną decyzję o powołaniu nowego Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Nominację na to stanowisko uzyskał mgr farm. Paweł Piotrowski.

Jest to dla nas wiadomość niezwykle optymistyczna, gdyż Pan mgr przez wiele lat pracował na rzecz samorządu aptekarskiego. Tytuł mgr farmacji uzyskał na Wydziale Farmacji Akademii Medycznej w Warszawie (obecnie Warszawski Uniwersytet Medyczny). Jest także absolwentem Wydziału Prawa UKSW. Nowy Szef GIF-u związany jest szczególnie ze środowiskiem farmaceutów szpitalnych, przez przez wiele lat pracował jako kierownik apteki szpitalnej w szpitalu Bródnowskim. Zawodowo związany był również z przemysłem farmaceutycznym. W swojej pracy społecznej związany był zarówno z działaniami na rzecz Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie jak również w 2012 roku został wybrany jako członek Naczelnej rady Aptekarskiej. W 2006-2007 był wiceministrem skarbu.

Główny Inspektor Farmaceutyczny, jako centralny organ administracji rządowej, kieruje Państwową Inspekcją Farmaceutyczną.

Do jego zadań należy m.in. ustalanie kierunków działania Inspekcji Farmaceutycznej, koordynowanie i kontrolowanie wykonywania zadań przez wojewódzkich inspektorów farmaceutycznych, sprawowanie nadzoru nad warunkami wytwarzania produktów leczniczych stosowanych u ludzi i zwierząt oraz współpraca z właściwymi inspekcjami farmaceutycznymi państw trzecich, np. Unii Europejskiej.

GIF wydaje decyzje w sprawie wstrzymania lub wycofania z obrotu produktów leczniczych, zapewnia prowadzenie inspekcji wytwarzania i dystrybucji hurtowej oraz sprawuje nadzór nad przestrzeganiem przepisów ustawy Prawo farmaceutyczne, m.in. w zakresie reklamy.

Przed nowym Głównym Inspektorem Farmaceutycznym stoi wiele wyzwań- trudniejszych i łatwiejszych w realizacji. Społeczność aptekarska serdecznie gratuluje i głęboko wspiera ten wybór życząc jednocześnie wytrwałości i determinacji w walce z patologiami i nieprawidłowościami dotyczącymi rynku farmaceutycznego.

Z życia izby

VII Sesja Szkoleniowa Kierowników Aptek Ogólnodostępnych

mgr farm. Magdalena Majewska

W dniach 19-20 maja br. Odbyła się już VII Sesja Szkoleniowa Kierowników Aptek Ogólnodostępnych. Miejszem spotkań był obiekt konferencyjny w Sobieniach Szlacheckich. Tegoroczne spotkanie otworzył zastępca Prezesa OIA w Warszawie mgr Jakub Dorociak. Tematyka spotkań była bardzo zróżnicowana i interesująca, co może potwierdzić imponująca liczba uczestników dochodząca do prawie 180 osób. Część szkoleniową otworzyło posiedzenie naukowo-szkoleniowe „Realizacja wniosków na środki pomocnicze” prowadzone przez mgr Karolinę Staniszewską. Następnie Pani mgr Monika Kapuścińska poprowadziła spotkanie nt. „Jak mówić, żeby ludzie nas słuchali, czyli zarządzanie innymi w pracy, w domu oraz życiu” oraz „Motywacja do działania czyli jak ją wyzwalać u innych”. Omawiane treści były niezwykle przydatne w codziennej pracy kierowników aptek, zwłaszcza w kontekście zarządzania pracą personelu w aptece.

Następny wykład- dotyczący receptury aptecznej, poprowadziły pani mgr Agnieszka Chodkowska i Edyta Banackowska-Duda z WUM. Omawiana tematyka skoncentrowana była na aktualnych problemach w recepturze pod kątem raportowania do NFZ. Poruszane zagadnienia były na tyle istotne, że słuchacze poprosili o umieszczenie omawianych treści na stronie OIA w Warszawie, tak by mogli zawsze do nich wracać i korzystać z proponowanych wskazówek.

Pierwszy dzień poświęcony zagadnieniom bardzo merytorycznym i ważnym dla prawidłowej organizacji pracy w aptece.

Po zakończeniu wykładów uczestnicy mogli podzielić się swoimi uwagami dotyczącymi nie tylko spotkań, ale również codziennych doświadczeń.

Drugi dzień szkolenia rozpoczął się od wykładu mgr Mariana Witkowskiego nt. „e- Recepta- ostatnie zmiany w prawie”. Spotkanie to było wprowadzeniem do niezwykle oczekiwanego przez wszystkich spotkania z mgr Katarzyną Styś- Kierownikiem Działu Kontroli Aptek, Recept i Ordynacji Lekarskiej Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ. Pani mgr przytoczyła szereg problemów z jakimi spotyka się w codziennej pracy związanej z prawidłowością realizacji recept w kontekście stale zmieniających się przepisów prawnych. W trakcie tego seminarium niejednokrotnie wywiązała się bardzo ożywiona dyskusja świadcząca o tym, jak dużo jest tematów nurtujących nasze środowisko.

Ożywione dyskusje prowadzone w trakcie prelekcji jak również te prowadzone dalej w kularach świadczą o celowości organizacji takich spotkań. Zaproponowana tematyka spotkała się z bardzo pozytywnym odbiorem słuchaczy.

Program

Sobienie Szlacheckie 19-20 maja 2018 r.
Sobota – 19 maja

7.30

zbiórka przed siedzibą Izby - Warszawa, ul. Żeromskiego 77

8.00

wyjazd autokaru do Sobieni Szlacheckich (Hotel Sobienie Królewskie Golf & Country Club)

9.00 – 9.45 zakwaterowanie w hotelu

9.45

uroczyste otwarcie Sesji, kawa powitalna



10.00 – 11.30

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Realizacja wniosków na środki pomocnicze
wykładowca: mgr Karolina Staniszevska

11.30 – 11.45 prezentacja firmy GAL

11.45 – 12.00

Lewitan – suplement diety czerpany z natury
prelegent: mgr farm. Jakub Zawadzki

2.00 – 13.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Jak mówić, aby ludzie nas słuchali, czyli
zarządzanie innymi w pracy, domu i życiu;
wykładowca – mgr Monika Kapuścińska

13.30 – 14.30 obiad

14.30 – 16.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Motywacja do działania czyli jak ją wyzwalać
w innych
wykładowca – mgr Monika Kapuścińska

16.00 – 16.15 przerwa kawowa

16.15 – 17.45

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Aktualne problemy w recepturze pod kątem
raportowania do NFZ; wykładowcy –
mgr farm. Agnieszka Chodkowska,
mgr farm. Edyta Banaczowska-Duda
- WUM

17.45 – 19.30 czas wolny

19.30 – 22.00 kolacja

Niedziela – 20 maja

8.30 – 9.30 śniadanie

9.30 – 11.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
eRecepta – ostatnie zmiany w prawie;
wykładowca: mgr farm. Marian Witkowski

11.00 – 11.15 przerwa kawowa

11.30 – 13.30

Problemy związane z realizacją recept – panel dyskusyjny z udziałem Pani mgr farm. Katarzyny STYŚ – Kierownikiem Działu Kontroli Aptek, Recept i Ordynacji Lekarskiej Mazowieckiego Oddziału Wojewódzkiego NFZ

13.30 – 13.40 oficjalne zakończenie Sesji

13.40 – 14.40 obiad

14.40 wyjazd do Warszawy

XVI Wyjazdowa Sesja Hurtowników OIA w Warszawie

mgr farm. Jakub Dorociak

W dniach 08-10.06.2018 odbyła się XVI wyjazdowa sesja Komisja Hurtowni OIA w Warszawie. W tym roku sesja została zorganizowana na Mazurach w hotelu Nidzkim w Rucianym-Nidzie położonym bardzo malowniczo z pięknym widokiem na jezioro Nidzkie. Program sesji obejmował najbardziej gorące tematy nurtujące środowisko farmaceutów pracujących w hurtowniach farmaceutycznych. Szczególnym zainteresowaniem cieszyły się wykłady poświęcone: Serializacji i wybranym aspektom prawa farmaceutycznego i prawa ochrony danych osobowych. Na temat serializacji wykład wygłosił dr Michał Kaczmarski Prezes Krajowej Organizacji Weryfikacji Autentyczności Leków. Prelegent omówił obecny stan prac nad stworzeniem krajowego systemu identyfikacji autentyczności leków i wyzwania jakie w związku z jego wprowadzeniem czekają hurtownie farmaceutyczne. Po wykładzie trwała bardzo ożywiona dyskusja z wieloma pytaniami zadawanymi przez hurtowników z sali. Jako, że był to ostatni wykład pierwszego dnia Sesji dalsza dyskusja odbywała się w kularach hotelu. Następnego dnia Sesja rozpoczęła się wykładem mecenasów Oskara Lutego i Marcina Flaka poświęconego wybranym aspektom prawa farmaceutycznego i prawa ochrony konkurencji. Zaproszeni wykładowcy na wielu praktycznych przykładach pokazali zebranych uczestnikom jak mogą rozwiązać problemy prawne związane z prawem farmaceutycznym i prawem ochrony konkurencji w swojej bieżącej pracy. Ostatniego dnia odbył się panel dyskusyjny na temat nowych wyzwań stojących przed hurtowniami farmaceutycznymi, którego moderatorem był mgr farm Jakub



Dorociak przewodniczący Komisji Hurtowni ze specjalnym udziałem ministra Zbigniewa Niewójta byłego Głównego Inspektora Farmaceutycznego. Przed rozpoczęciem panelu licznie zebrani uczestnicy Sesji podziękowali Panu Ministrowi za owocne lata współpracy i za to, że nigdy nie odmawiał spotkań z środowiskiem farmaceutów należących do Komisji hurtowni i zawsze uważnie Nas słuchał choć nie zawsze zgadzał się z naszym punktem widzenia. Spotkania z Ministrem były dla nas zawsze inspirujące w naszej codziennej pracy. Oprócz bardzo bogatego programu naukowego Sesji był przewidziany czas wolny na podziwianie piękna okolic jeziora Nidzkiego w samotnych lub grupowych wędrownkach jak i podczas zorganizowanego dla uczestników Sesji rejsu statkiem po jeziorze. Dodatkowo w ten czerwcowy weekend dopisała Nam fantastyczna pogoda a temperatura na zewnątrz hotelu przekraczała 30 stopni. Wielu uczestników Sesji a była ich w tym roku rekordowa ilość 140 osób i co godne podkreślenia nie tylko z terenu działania Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie, wyrażało „żał” że weekend tak szybko minął i trzeba było wracać do swoich codziennych obowiązków.

Program

Ruciane-Nida 8 - 10 czerwca 2018 r.

Piątek – 8 czerwca

9.30

zbiórka przed siedzibą Izby przy ul. Żeromskiego 77 w Warszawie

10.00 wyjazd do Rucianego

13.30 zakwaterowanie w hotelu

14.30 - 15.30 obiad

16.00 – 16.30 uroczyste otwarcie Sesji

16.30 – 18.30

posiedzenie naukowo-szkoleniowe
Obowiązki importera i dystrybutora
wyróbów medycznych; wykładowca

mgr farm. Andrzej Karczewicz - URPL

18.30 – 20.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe
Serializacja – wyzwanie dla hurtowni
farmaceutycznej dr n. pr. mgr Michał
Kaczmarski - KOWAL

20.00 - 23.00 kolacja –grill/ognisko

Sobota – 9 czerwca

8.30 – 9.45 śniadanie

10.00 – 12.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Wybrane aspekty prawa farmaceutycznego
i prawa ochrony danych osobowych;
Wykładowcy:

mec. Oskar Luty, mec. Marcin Flak

12.00 – 12.30 przerwa kawowa

12.30 – 14.00

posiedzenie naukowo-szkoleniowe:
Chłodnictwo oraz monitoring temperatury –
minimalizacja zagrożeń w przechowywaniu
leków; Wykładowcy: Cezary Rylik, Bartłomiej
Montelatic

14.00 – 15.00 obiad

15.00-17.30 czas wolny

18.00 – 19.30 rejs statkiem po Jeziorze
Nidzkim

19.30 – 22.30 kolacja

Niedziela – 10 czerwca

8.30 - 9.45 śniadanie

10.00 – 12.00

panel dyskusyjny na temat nowych
wyzwań stojących przed hurtowniami
farmaceutycznymi z udziałem gościa
specjalnego sesji mgr. farm. Zbigniewa
Niewójta; Prowadzący: mgr farm. Jakub
Dorociak

12.05 – 12.30 podsumowanie

i zakończenie sesji

12.30 – 13.30 obiad

13.30 wyjazd do Warszawy



Wręczenie Prawa Wykonywania Zawodu Farmaceuty

dr n. farm. Jerzy Żabiński

W dniu 18 kwietnia br w Sali Odczytowej Głównej Biblioteki Rolniczej w Warszawie odbyło się uroczyste wręczenie dokumentów Prawo Wykonywania Zawodu Farmaceuty. Na spotkanie to, poza liczną grupą nowych członków naszego samorządu przybyli także zaproszeni goście: prof. Piotr Wroczyński (Dziekan WF WUM), dr hab. Joanna Kolmas (Prodziekan WF WUM), prof. Bożenna Gutkowska (Prezes Warszawskiego Oddziału PTFarm), mgr Mariola Kostewicz (Mazowiecki WIF), dr Monika Zielińska-Pisklak (Wojewódzki Konsultant ds. Farmacji Apteicznej)

Po powitaniu przez Prezesa OIA w Warszawie i wystąpieniach okolicznościowych gości uroczystość uświetnił krótki koncert gitarowy. Następnie nowa grupa młodych



absolwentów kierunku Farmacja przystąpiła do głównej części spotkania, czyli odbioru dokumentu uprawniającego ich do samodzielnego wykonywania zawodu. Po złożeniu przysięgi na ręce Prezesa OIA w Warszawie swoje „zawodowe paszporty” odebrało prawie 100 osób. **Wszystkim młodym farmaceutom życzymy dużo szczęścia oraz satysfakcji z wykonywania wybranego przez nich zawodu.**

Recepta Dane przychodni lub lekarza prowadzącego prywatną praktykę Szpital/rodzina Pacjent Imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL PESEL Rp		Oddział NZZ 07 X Opatrzono
Foster 100/16 µg. aerzol inhalacyjny 180 dawek, x op.		
2x1 inhalacja/dobę lub 2x2 inhalacje/dobę 2x1 inhalacja/dobę + dawka w razie potrzeby		
Data wystawienia: XXXX.XX.XX	Dane i podpis lekarza imię, nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu	Data podania ewaluacji: XXXX.XX.XX

Recepta Dane przychodni lub lekarza prowadzącego prywatną praktykę Szpital/rodzina Pacjent Imię, nazwisko, adres zamieszkania, numer PESEL PESEL Rp		Oddział NZZ 07 X Opatrzono
Foster 200/16 µg. aerzol inhalacyjny 180 dawek, x op.		
2x2 inhalacje/dobę		
Data wystawienia: XXXX.XX.XX	Dane i podpis lekarza imię, nazwisko lekarza, numer prawa wykonywania zawodu	Data podania ewaluacji: XXXX.XX.XX



Nowa rejestracja
 Nowa opcja terapeutyczna dla pacjentów wymagających wysokich dawek wGKS



ASTMA

Dostrzeż różnicę

UWAGA! Teraz Fosterx dostępny jest w dawce 100/6 µg BDP/F
 oraz w nowej dawce 200/6 µg BDP/F



Farmaceuci na Woodstocku

mgr farm. Joanna Pręga

mgr farm. Marlena Relikowska

mgr farm. Violetta Rost

mgr farm. Radosław Niedziałek

23. Przystanek Woodstock odbył się w dniach 3-5 sierpnia 2017 w Kostrzynie nad Odrą i był to mój drugi i zdecydowanie nie ostatni festiwal. Ale od początku. O tym co na Woodstocku robią farmaceuci, jak ta impreza wygląda od kulis i co z tym wszystkim ma wspólnego izba aptekarska wyjaśnię razem z Marleną, Violettą i Radosławem - moją woodstockową grupą.

To również był mój drugi Woodstock i oczywiście już mam potwierdzony urlop na tego-roczny festiwal - śmieje się Marlena i dodaje - Przystanek Woodstock ma w sobie jakiś magnes, który sprawia, że chce się wracać, a atmosfera jest niesamowita i niepowtarzalna. To zdecydowanie świetna przygoda i zabawa - mówi Violetta - Mimo wielu obowiązków, możemy korzystać ze wszystkich atrakcji, które oferuje festiwal.

A atrakcji jest wiele - koncerty na 4 scenach, rozmowy z gośćmi w namiocie ASP (Akademia Sztuk Przepięknych), różnego rodzaju warsztaty i wykłady stowarzyszeń wszelkiej maści i organizacji NGO, ale także strefy rozrywki prowadzone przez głównych sponsorów festiwalu.

Ale wróćmy do wspomnianych obowiązków. Na Woodstocku, podobnie jak wszyscy, pracujemy jako wolontariusze w ramach Medycznego Patrolu. Niewiele osób zdaje sobie sprawę z tego jakiego zaplecza, w tym medycznego, wymaga impreza takiej wielkości - zaznacza Radek.

Na terenie festiwalu działa Szpital Polowy, który składa się z kilku oddziałów, a także Medyczne Punkty Terenowe,

rozsiane po bardzo rozległym terenie Przystanku. Do tego dochodzą zespoły wyjazdowe, w których skład wchodzi karetki oraz quady. Sam Medyczny Patrol to ponad 300 osób - ratowników medycznych, pielęgniarek, położnych, lekarzy oraz dokładnie czwórka farmaceutów.

Zabezpieczenie medyczne rusza w środę rano i trwa do niedzieli, podczas gdy sam festiwal od czwartku do soboty, ale nasza praca zaczyna się dużo wcześniej i trwa do późnych godzin w niedzielę - mówi Radek. Zaczynamy jako pierwsi i kończymy jako ostatni - precyzuje Violetta.

Apteka szpitalna pracuje przez całą dobę, a tym samym cały czas musi być w niej obecny farmaceuta. Przygotowujemy leki na oddziały szpitala zgodnie z receptariuszami, ampularia do karetek, quadów i punktów terenowych. - mówi Marlena i dodaje - Mamy bezpośredni kontakt z lekarzami, ratownikami i pomagamy dobrać odpowiednie leczenie w oparciu o dostępne preparaty. Do naszych obowiązków należy również dbałość o prawidłowe przechowywanie leków, a także prowadzenie odpowiedniej dokumentacji - mówi Viola. Ratownicy i lekarze wiedzą, że bez pieczętki u nas nic nie załatwią - śmieje się Radek.

Praca na Woodstocku różni się od codziennej pracy w aptece ogólnodostępnej, ale wszyscy zgadzamy się, że to niezwykle cenne doświadczenie. Praca w grupie to podstawa - mówi Viola, a Marlena dodaje - I to nie byle jakiej grupie, bo cały Patrol traktuje siebie nawzajem jak najbliższą rodzinę.

A to bardzo ważne, bo tydzień, który spędzamy na terenie festiwalu w warunkach polowych jest czasem bardzo intensywnym, przepełnionym pracą, ale i zabawą na koncertach swoich ulubionych wykonawców, wykładami i warsztatami.



Prezes OIA w Warszawie nowym Prezydentem PGEU

20 czerwca br. podczas zgromadzenia ogólnego, które odbyło się w Hiszpanii, Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej wybrała Michała Byliniaka na prezydenta PGEU w 2019 r. Jego zastępcą został Thanasis Papathanassis, z Panhellenic Pharmaceutical Association (PFS).



Grupa Farmaceutyczna Unii Europejskiej (PGEU) jest organizacją skupiającą społeczność farmaceutów z 32 krajów Europy. Jej zadaniem jest reprezentacja interesów swoich członków, monitoring prawodawstwa oraz inicjatyw związanych z rynkiem farmaceutycznym na poziomie unijnym. Przedstawiciele organizacji pozostają w stałym kontakcie z władzami Komisji Europejskiej i Parlamentu Europejskiego. PGEU została założona w 1959 roku. Jej misją jest promowanie roli farmaceutów jako kluczowych pracowników służby zdrowia w ramach krajowych systemów opieki zdrowotnej, wnoszących dynamiczny i wciąż ewoluujący wkład w poprawę zdrowia pacjentów. Organizacja reprezentuje ponad 400 tys. społeczność farmaceutów dbających o zdrowie ponad 500 milionów ludzi w całej Europie. Jej członkami są europejskie stowarzyszenia krajowe oraz organy przedstawicielskie aptek i farmaceutów, pochodzące z 32 krajów Europy.



A jak się tam znaleźliśmy? Od 3 lat OIA w Warszawie współpracuje z fundacją WOŚP, więc wystarczyło odpowiedzieć na ogłoszenie izby aptekarskiej, odrobina szaleństwa i urlop w odpowiednim terminie.

To wspaniała przygoda, przyjaźnie na całe życie, ale przede wszystkim współtworzenie tego najpiękniejszego festiwalu świata. Do zobaczenia w tym roku na polu!

Panu Prezydentowi serdecznie gratulujemy! Życzymy Panu dalszych sukcesów oraz nieustającej pasji dotyczącej działań związanych ze środowiskiem farmaceutycznym!!!

Okiem prawnika

Nowe przepisy dotyczące monitoringu pracowników w miejscu pracy

Sylwester Majewski

Radca prawny

Na podstawie ustawy z dnia 10 maja 2018 r. o ochronie danych osobowych (Dz. U. z 2018 r. poz. 1000) wprowadzającej nową regulację w zakresie ochrony danych osobowych, dokonano m.in. nowelizacji przepisów Kodeksu pracy, wprowadzając ustawową podstawę dotyczącą możliwości stosowania w miejscu pracy monitoringu zarówno wizyjnego, jak i możliwość innych form kontroli pracowników, w tym kontrolę poczty elektronicznej.

Zgodnie z nowymi przepisami, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia bezpieczeństwa pracowników lub ochrony mienia lub kontroli produkcji lub zachowania w tajemnicy informacji, których ujawnienie mogłoby narazić pracodawcę na szkodę, pracodawca może wprowadzić szczególny nadzór nad terenem zakładu pracy lub terenem wokół zakładu pracy w postaci środków technicznych umożliwiających rejestrację obrazu (monitoring).

Stosowanie monitoringu zostało wyłączone co do zasady w odniesieniu do pomieszczeń sanitarnych, szatni, stołówek oraz palarni lub pomieszczeń udostępnianych zakładowej organizacji związkowej, chyba że stosowanie monitoringu w tych pomieszczeniach jest niezbędne do realizacji celu określonego powyżej i nie naruszy to godności oraz innych dóbr osobistych pracownika, a także zasady wolności i niezależności związków zawodowych, w szczególności poprzez zastosowanie technik uniemożliwiających rozpoznanie

przebywających w tych pomieszczeniach osób.

Nagrania obrazu pracodawca przetwarza wyłącznie do celów, dla których zostały one zebrane, i przechowuje przez okres nieprzekraczający 3 miesięcy od dnia nagrania, chyba, że dane nagrania obrazu stanowią dowód w postępowaniu prowadzonym na podstawie prawa lub pracodawca powziął wiadomość, iż mogą one stanowić dowód w postępowaniu. W takim przypadku termin ten ulega przedłużeniu do czasu prawomocnego zakończenia postępowania.

Po upływie okresów przechowywania nagrania obrazu uzyskane w wyniku monitoringu zawierające dane osobowe podlegają zniszczeniu, chyba że co innego wynika z przepisów odrębnych.

Cele, zakres oraz sposób zastosowania monitoringu ustala się w układzie zbiorowym pracy lub w regulaminie pracy albo w obwieszczeniu, jeżeli pracodawca nie jest objęty układem zbiorowym pracy lub nie jest obowiązany do ustalenia regulaminu pracy.

O wprowadzeniu monitoringu pracodawca jest obowiązany poinformować pracowników, w sposób przyjęty u danego pracodawcy, nie później niż 2 tygodnie przed jego uruchomieniem. Dotyczy to również nowych pracowników, których należy poinformować pisemnie o stosowaniu monitoringu przed dopuszczeniem pracownika do pracy.

Wprowadzenie monitoringu wymaga oznaczenia przez pracodawcę pomieszczeń i terenu objętego monitoringiem w sposób widoczny i czytelny, za pomocą odpowiednich znaków lub ogłoszeń dźwiękowych, nie później niż jeden dzień przed jego uruchomieniem.

Powyższe przepisy stanowią wyjątek w stosunku do przepisów art. 12 i art. 13 rozporządzenia Parlamentu Europejskiego i Rady

(UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE (tzw. RODO) (Dz. Urz. UE L 119 z 04.05.2016, str. 1).

Nowelizacja Kodeksu pracy wprowadziła również prawną możliwość wprowadzenia przez pracodawcę kontroli służbowej poczty elektronicznej pracownika, jeżeli jest to niezbędne do zapewnienia organizacji pracy umożliwiającej pełne wykorzystanie czasu pracy oraz właściwego użytkowania udostępnionych pracownikowi narzędzi pracy (monitoring poczty elektronicznej). Monitoring poczty elektronicznej nie może naruszać tajemnicy korespondencji oraz innych dóbr osobistych pracownika. Zatem pracodawca nie ma prawa zaglądać w prywatne e-maile pracownika, nawet jeśli zostaną wysłane ze służbowej skrzynki i nawet gdy w wewnętrznych regulaminach zostanie wprowadzony zakaz używania firmowego sprzętu oraz narzędzi w celach prywatnych.

Przepisy dotyczące monitoringu wizyjnego stosuje się odpowiednio do kontroli poczty elektronicznej, co oznacza m.in. obowiązek uprzedniego poinformowania pracowników o wprowadzeniu takiej formy kontroli z odpowiednim wyprzedzeniem.

Powyższe przepisy stosuje się odpowiednio do innych form monitoringu niż określone powyżej, jeśli ich zastosowanie jest konieczne do zapewnienia organizacji pracy umożliwiającej pełne wykorzystanie czasu pracy oraz właściwego użytkowania udostępnionych pracownikowi narzędzi. Może to dotyczyć takich form monitoringu jak kontrola dostępu do Internetu czy używania komunikatorów na firmowym sprzęcie, GPS w służbowym aucie, jak również bardziej skomplikowane systemy geolokalizacyjne

w telefonach czy laptopach służbowych.

Taka regulacja wskazuje na możliwość stosowania różnego typu systemów monitorujących pracowników. Niemniej wprowadzane formy monitoringu muszą być zgodne z celami wprowadzania monitoringu określonymi w Kodeksie pracy oraz nie mogą wykraczać poza dozwolony zakres danych. Zatem pracodawca nie powinien mieć możliwości stałego śledzenia pracownika, np. poza godzinami i miejscem jego czasu pracy.

Nowe przepisy weszły w życie z dniem 25 maja 2018 r.

Podstawa prawna:

Art. 22² i art. 22³ ustawy z dnia 26 czerwca 1974 r. – Kodeks pracy (Dz. U. z 2018 r. poz. 917, z późn. zm.)

Innowacje w aptece szpitalnej w Ostrołęce cz.2

mgr farm. Mikołaj Zerhau

Wybór i zakup izolatora do wykonywania leków cytostatycznych

Wybranie odpowiedniego rozwiązania wymagało, długiej i żmudnej analizy. Zastanawiało nas czemu wszystkie CPLC w Polsce bazują na tym samym rozwiązaniu. Analizując sytuację polskich pracowni zauważyłem, że są to kopie rozwiązań niemieckich. Jednak różnica między Niemcami a Polską jest taka, iż w Niemczech 1 pracownia potrafi obsługiwać kilka ośrodków. W Polsce natomiast praktycznie każdy szpital otwiera swoją pracownię. Koszty tego rozwiązania są ogromne. Szukaliśmy rozwiązania, bezpiecznego i tańszego w zakupie jak i w eksploatacji.

Po przeanalizowaniu naszych potrzeb: ilościowych, jakościowych i osobowych.



Na zdjęciu: mgr farm. Kamil Gałań

Doszlśmy do wniosku, że najlepszym rozwiązaniem w naszym Szpitalu będzie zakup izolatora.

Przewaga technologiczna tego sprzętu jest bezsprzeczna, dodatkowo może być usytuowany w klasie czystości C lub D, nie wymaga ogromnych nakładów finansowych na stworzenie specjalnego pomieszczenia wentylacyjno-nawiewowego z klasą czystości B.

Samą pracę na Izolatorze opisuje Pan mgr farm. Kamil Gałań odpowiedzialny za całą CLPC w szpitalu:

Zacznijmy od instalacji urządzenia - jest większe niż wydawało się na obrazku. Oczywiście oczywistość, jeśli jednak dodamy konieczną przestrzeń "za plecami" izolatora, to pracownia nie wydaje się już tak bardzo kompaktowa. Całe szczęście mamy dwa miejsca robocze. Oprócz tego jest komora dekontaminacyjna, rękaw ewakuacyjny i otwór na odpady. Wszystko super szczelne i mega jałowe. Po kolei opiszę,



Początkiem pracy jest komora dekontaminacyjna. Przypomina przeszkloną szafkę na alkohol taty, ale jest lepiej zabezpieczona. Przede wszystkim, żeby się otworzyła trzeba mieć hasło i login. Dopiero po wpisaniu można nacisnąć guzik na panelu dotykowym, który zwolni blokady i pozwoli pociągnąć za drzwiczki - w przeciwnym wypadku można się mocować i mocować, a jedyny efekt, jaki uda się osiągnąć to zniszczenie dźwigni. Otwarcie powoduje oczywiście utratę jałowości, ale wreszcie możemy załadować półeczki. Tu ważne jest, żeby nasze skarby, w miarę możliwości, się nie stykały. Dlaczego? Otóż, gdy już wszystko jest na miejscu, zamykamy drzwiczki, które automatycznie się uszczelniają i zaczynamy dekontaminację. Ten proces odbywa się za pomocą nebulizacji 35% nadtlakiem wodoru, więc może nie wyjąłować całkowicie, jeśli powierzchnia styku między przedmiotami będzie zbyt duża. Sam roztwór to pewne utrudnienie - firma produkująca, przezornie dostarcza standaryzowane butelki z roztworem, każda oznaczona czipem, z którego izolator czyta serię, datę ważności, pojemność, a sam zapisuje datę otwarcia. To poprawia bezpieczeństwo, ale ogranicza nas do jednego dostawcy (na dzień dzisiejszy nie ma kompatybilnych odpowiedników). Ponadto - jest dość niebezpieczny, a butelka wystarczy na ok. miesiąc. Urządzenie pobiera domyślnie 24ml roztworu i przez

domyślne 15 minut "kąpie" zawartość komory dekontaminacyjnej. Po tym czasie, wszystko wewnątrz jest jałowe.

Dopiero teraz możemy otworzyć śluzę wewnętrzną, już za pomocą guzika w izolatorze. Uda się to tylko wtedy, gdy komora będzie jałowa - tu też siłowanie się nic nie da. Ten kwadrans można spokojnie wykorzystać na opracowanie dokumentacji, przejście zleceń, telefon na oddział z zastrzeżeniami lub nawet na kawę (ekspres nie jest w zestawie z izolatorem). Sama praca różni się nieco od tej w łożu z przepływem laminarnym. Tam zakładamy fartuchy, im bezpieczniejsze, tym lepsze (a przy okazji - droższe), maseczki, okulary i rękawice dedykowane cytostatykom. W izolatorze, jesteśmy bezpieczni, więc fartuch wystarczy zwykły, a maseczki i okulary są zbędne. Rękawice jednak są potrzebne, ale dlatego, że te w urządzeniu są neoprenowe, więc do nieostrożnej dłoni będą się zwyczajnie kleiły. Strasznie ciężko jest je potem zdjąć, nawet po kilku minutach pracy. Dlatego, zakładamy rękawice, u nas nitrylowe, wkładamy dłonie do neoprenowych. Producent urządzenia zaleca założyć wewnątrz jeszcze jedną parę, dedykowaną do pracy z cytostatykami. To też robimy, choć muszę przyznać, że bardzo ogranicza to czucie. Obawialiśmy się, że to wszystko wpłynie na szybkość pracy, ale jest dobrze, nawet same rękawy nie przeszkadzają, można do nich szybko się przyzwyczaić. Dodatkowo, możemy większość leków zrobić na podstawowej igle i strzykawce, nie tracimy czasu na systemy zamknięte, bo sam izolator jest systemem zamkniętym. Nie rezygnujemy z nich całkowicie, korzystamy ze spike'ów i ewentualnie jakiegoś systemu, ale głównie do tych najbardziej kancerogennych leków.

Po przygotowaniu mamy dwa sposoby

wyprowadzenia leku "na zewnątrz" - pierwszy tą samą drogą, co przyszedł. Można tu skorzystać z jałowych woreczków strunowych lub oddać goły produkt. To może zrobić osoba na stanowisku przy komorze dekontaminacyjnej - ma bliżej. Drugi operator ma za daleko i korzysta z rękawu ewakuacyjnego. Jest to po prostu gruby foliowy worek, na którego koniec zrzuca się gotowy lek, po czym się go zgrzewa, najlepiej podwójnie. Bardzo ważne jest, żeby zgrzanie było równe - w przypadku nieszczelności tracimy jałowość całego izolatora.

Tak wygląda praca codzienna. Oprócz tego, izolator wymaga kilku działań konserwujących. Rękawice neoprenowe wymieniamy raz na miesiąc, rękawy - raz na rok. Za każdym razem wiąże się to z rozszczelnieniem izolatora i koniecznością dekontaminacji jego komory. Wtedy zostawiamy śluzę wewnętrzną otwartą i puszcza my nebulizację na trzy godziny, a zużywamy 210ml roztworu. Po czymś takim warto zrobić test szczelności - izolator "pompuje się" do określonego ciśnienia i manometry sprawdzają jego spadek w czasie. Gdy jest zbyt szybki - mamy albo źle założone rękawice, albo gdzieś coś przecieka. Test jest bardzo czuły - producent zaleca nawet, żeby w jego czasie wyjść z pomieszczenia, bo ruch powietrza może wyphywać na jego wyniki (!).

Podsumowując, spodziewaliśmy się, że izolator i praca na nim będzie stanowiła wyzwanie i pewną trudność. Okazało się, że po prostu wymaga organizacji pracy i przyzwyczajenia do pewnego rytmu. Mimo niewygody trzech warstw rękawic, leki przygotowuje się sprawnie. Nie mamy szans na kontakt z cytostatykiem, wszystko zostaje w środku. Dzięki temu mamy to, co najważniejsze w pracy z truciznami - całkowite bezpieczeństwo.

Weryfikacja autentyczności leków w aptekach szpitalnych

mgr farm. Mikołaj Zerhau
Farmaceuta Kliniczny

W związku z wprowadzeniem dyrektywy dotyczącej sfałszowanych leków i rozporządzenia delegowanego pracy jest naprawdę dużo a czasu coraz mniej. W lutym 2019 roku wszystkie Szpitale będą musiały dostosować swoje procedury związane z obrotem lekiem o kolejny punkt dotyczący „sprawdzenia autentyczności produktu leczniczego”. Uwierzytelnianie leków nie jest skomplikowanym procesem, jednak wypracowanie najlepszej metody wymaga wielu analiz. Należy pamiętać o odpowiednim przeszkoleniu personelu, zakupu odpowiedniego sprzętu oraz odpowiedniej organizacji pracy, nie zostawiając tego na ostatnią chwilę.

Nowe wyzwanie dla Apteki Szpitalnej

Praca w Aptece Szpitalnej różni się bardzo od pracy w Aptece Ogólnodostępnej, jednak w Aptekach Ogólnodostępnych praca między poszczególnymi Aptekami nie odbiega od siebie, aż tak bardzo jak ma to miejsce w Szpitalach. Mógłbym nawet rzec, że każda Apteka Szpitalna jest inna, inne procedury inne warunki pracy oraz inna logistyka. Dlatego tak istotne jest przeanalizowanie każdej konkretnej Apteki i wybranie optymalnej drogi weryfikacji autentyczności produktu leczniczego. Do tej pory w wielu Aptekach szpitalnych nie było potrzeby instalowania czytników kodów kreskowych, więc choćby to zagadnienie wymaga wielu zmian organizacyjnych. Dochodzi również aspekt różnorodności magazynów aptecznych. Może też zaistnieć konieczność zatrudnienia dodatkowego personelu lub automatyzacji,

co może prowadzić do konieczności poniesienia dodatkowych kosztów.

Logistyka Szpitalna – Istotne problemy

Apteki Szpitalne będą musiały zdiagnozować, który etap logistyki leku będzie optymalnym punktem do przeprowadzenia badania autentyczności produktu leczniczego. Problem jest duży, gdyż w większości Szpitali brakuje zarówno odpowiedniej infrastruktury informatycznej jak również odpowiedniej ilości wykwalifikowanej kadry. Z doświadczenia wiem, że już coraz mniej Aptek Szpitalnych w Polsce jest pomijane w codziennych inwestycjach Szpitali, jednak wiem również, że nadal stanowi to mały procent inwestycji. Apteki są w Polsce coraz lepiej wyposażane w sprzęt i infrastrukturę. Jednak tam gdzie dotychczasowe działania są niewystarczające dyrektywa wymusi na włodarzach szpitali przeprowadzenie pewnych inwestycji. Również wprowadzenie dyrektywy umożliwi zmniejszenie zapasów magazynowych i szybszą kontrolę w Aptekach które do tej pory, nie wykosztowały do tego typu analiz komputerów tylko ludzi.

Aby jak najbardziej zbliżyć się do rzeczywistego wdrożenia i uruchomienia rozwiązania uwierzytelniania, jest potrzeba podłączenia do serwera testowego NMVO (*National Medicines Verification Organisation* – w Polsce KOWAL: Krajowa Organizacja Weryfikacji Autentyczności Leków). Pozwoli to na przeprowadzenie realistycznych testów prędkości, które zaowocują oceną czasu oczekiwania na odpowiedź apteki. Na podstawie przeprowadzanych analiz ustaliliśmy, że najlepszym miejscem do badania autentyczności leków w przypadku naszej Apteki będzie komora przyjęć i badanie leków podczas dostaw. Tutaj wszystkie otrzymane paczki zostaną zeskanowane. Dlaczego akurat tak? Ponieważ w naszej Aptece (jak pewnie w większości w Polsce) procedura przyjęcia

towaru wymusza na osobie przyjmującej sprawdzenie daty ważności oraz nr serii, ilość przyjętego towaru oraz dawkę itd. itp. Jest to proces dosyć czasochłonny, a nie cierpimy przecież na nadmiar kadry! Pracownik przyjmujący towar będzie mógł sprawdzić te dane za pomocą skanera, gdyż będą one zawarte w kodzie 2D- dzięki temu zostanie skrócony czas potrzebnych do wykonania omawianych czynności. Przeprowadzany w 2017 roku Audit przy współpracy Zakładu Technologii Postaci Leku w Bydgoszczy i Uniwersytetu w Oxfordzie, wykazał wyżej wymienione postulaty za słuszne i dał możliwość uczestniczenia Mazowieckiemu Szpitalowi Specjalistycznemu im. dr. Józefa Psarskiego w Ostrołęce w międzynarodowym projekcie pt: Badanie autentyczności produktów leczniczych w polskich aptekach – pilotaż, co w rezultacie zaowocowało publikacją uznawaną za rekomendację wdrożenia FMD dla szpitalników w Polsce [1].

Kolejnym projektem jest zbadanie gotowego rozwiązania- należy przygotować szpital i aptekę szpitalną w Ostrołęce do wdrożenia wymagań związanych z dyrektywą fałszywkową już za kilka miesięcy. Będziemy badać czas potrzeby do zbadania autentyczności jednego leku jaki i całej dostawy. Szpital w Ostrołęce będzie pierwszym ośrodkiem w Polsce gotowym do pracy zgodnie z wymogami dyrektywy. Podczas gdy w trakcie okresu pilotażowego nie możemy w pełni zbadać możliwości rozwiązania, ze względu na ograniczoną liczbę produktów leczniczych z matrycą danych 2D, możemy wykorzystać system do zrozumienia czasu potrzebnego do wykonania zadania w sposób zautomatyzowany lub ręczny, który w zamian zostanie wykorzystany do obliczenia oszczędności czasu i kosztów dla apteki i szpitala. Badanie to będzie przeprowadzane w drugiej połowie czerwca tego roku. Po przeprowadzonym badaniu

na pewno ukaże się publikacja z wynikami badania.



Najczęściej zadawane pytania

mgr farm. Marian Witkowski

1. W nowo obowiązujących przepisach o realizacji Rp pojawiła się informacja, że obok imienia i nazwiska lekarza i jego numeru PWZ, muszą znaleźć się kwalifikacje zawodowe, w tym tytuł zawodowy. Jak postępować w przypadku braku informacji o specjalizacji lekarza na receptie? Czy powinno się ją zrealizować na 100%?

Odp: Nie, tak wystawionej recepty nie realizujemy za 100% odpłatnością, gdyż par. 10 ust 2 pkt 2 zezwala na uzupełnienie danych osoby wystawiającej receptę, gdy zostały wpisane nieczytelnie lub niezgodnie z Art. 96a. Brakujący element danych osoby wystawiającej receptę można uzupełnić tj kwalifikacje zawodowe. Oczywiście dane te nanosimy na rewersie recepty. Po uzupełnieniu brakujących danych receptę można zrealizować z należną refundacją.

2. Czy brak naniesionego kodu pocztowego w danych pacjenta uniemożliwia realizację recepty ze zniżką?

Odp: Zgodnie z wytycznymi art. 96a ust 1 ustawy Prawo Farmaceutyczne, w danych pacjenta powinien znajdować się kod pocztowy. W przypadku jego braku, osoba realizująca receptę może dokonać uzupełnienia tych



danych na rewersie recepty. Taka możliwość daje par. 10 ust. 2 pkt 4 rozporządzenia w sprawie recept.

3. Czy adnotacja "Recepta zrealizowana w całości" oraz data i godzina jej realizacji musi być napisana ręcznie, czy wystarczy na odruku recepty? Jeżeli opisujemy receptę ręcznie "Recepta zrealizowana w całości" to czy data i godzina może być zapisana tylko na odruku?

Odp: Adnotacja ta musi być naniesiona na rewersie recepty (na dokumencie recepty) ręcznie lub za pomocą pieczęci.

4. Otaksowanie recepty drukowanej jest na drukarce fiskalnej i dopinane do recepty. Na nadruku widoczna jest data i godzina realizacji. W związku z tym czy należy ręcznie zapisywać datę i godzinę realizacji recepty? Jaką godzinę należy opisywać jako właściwą dla

realizacji w przypadku całkowitej realizacji recepty?

Odp: Par. 7 ust. 9 rozporządzenia w sprawie recept nakazuje nanosić dane o całkowitej realizacji recepty na jej rewersie, dlatego otaksowanie do recepty nie jest spełnieniem powyższego zapisu. Właściwą adnotację należy nanieść na rewersie a jako godzinę realizacji wpisujemy godzinę z dokumentu jej otaksowania.

5. Czy fakt rezygnacji z leku wypisanego na receptie lub zakup go w formie produktu OTC wymusza na osobie realizującej opisanie jej jako „całkowicie zrealizowanej”?

Odp: Fakt rezygnacji z zakupu leku/produktu OTC sprawia, że osoba realizująca receptę nie musi nanosić adnotacji o jej całkowitej realizacji. Rozporządzenie nie wymaga zapisów o częściowej realizacji recepty na receptie

w formie papierowej.

6. Czy dla recept z adnotacją o wystawieniu jej przez lekarza prowadzącego indywidualną praktykę lekarską gdzie na pieczętce jest numer Regon oraz numer umowy 98... należy się refundacja? Czy to się wzajemnie wyklucza?

Odp: Umowy z lekarzami, którzy nie wykonują zawodu w formie czynnej przestały obowiązywać dlatego też jeżeli na recepcie widnieje pieczęć lub nadruk gabinetu lekarskiego z numerem regon to receptę taką realizujemy z adnotacją „pro auctore” lub „pro familiae” a jako dane świadczeniodawcy przekazujemy numer regon.

7. Czy na recepcie z adnotacją „pro auctore/familiae” muszą być teraz z 3 kodami kreskowymi czy tak jak do tej pory może nie być kodu świadczeniodawcy?

Odp: W przypadku lekarza niewykonywającego zawodu, który posiada prawo do wystawiania recept refundowanych, identyfikatorem świadczeniodawcy i osoby wystawiającej receptę jest numer prawa wykonywania zawodu. Dlatego też recepty wystawiane przez tych uprawnionych posiadają dwie dane w postaci kodu kreskowego: p wz i numer recepty

8. Jeśli na recepcie jest poprawka, nie podbita przez lekarza pieczętką, w jednym z pięciu przepisanych leków to czy taki fakt dyskryminuje całą receptę pod względem poprawności wystawienia? Czy można wydać pozostałe 4 leki poprawnie wypisane za zniżką?

Odp: Na podstawie poniższego zapisu Art. 96a ust 9c należy wnioskować, że każda poprawka eliminuje receptę, jeżeli jest nie podpisana i ostemplowana przez osobę wystawiającą.

9. Czy na recepcie dla dziecka 15 lat wystarczy data urodzenia czy musi być PESEL?

Odp: PESEL dziecka musi być zawsze gdy chociaż jeden lek wydawany jest z refundacją. Data urodzenia musi być wtedy, gdy nie można jej ustalić na podstawie peselu lub innych danych naniesionych na recepcie.

10. Czy uzupełnienie danych na rewersie recepty wymaga składania drugiego podpisu i pieczętki osoby realizującej receptę?

Odp: Nie. Od wejścia w życie rozporządzenia w sprawie recept tj od 18.04.2018 r, bez względu na ilość dokonywanych adnotacji na rewersie recepty, składamy tylko jeden podpis i pieczęć potwierdzający realizację recepty.

11. Jak właściwie należy opisywać recepty na leki robione pod względem tego kto je przyjął, wykonał i zrealizował? Jeśli wycenił inny pracownik niż go wykonał to jakie nazwisko należy sprawozdać do NFZ, skoro w zestawieniu refundacyjnym jest osoba wykonująca lek.

Odp: Powyższe dane należy opisać zgodnie ze stanem faktycznym czyli w przekazanym do NFZ komunikacie muszą znaleźć się dane wszystkich osób, które brały udział w procedowaniu recepty na lek recepturowy.

12. Jak należy postąpić, gdy lekarz wystawi receptę dla siebie z adnotacją „pro auctore” lub „pro familiae”, jeżeli recepta posiada numer REGON przychodni, w której lekarz przyjmuje? Czy można zrealizować tak wystawioną receptę z refundacją? Czy należy poprosić lekarza o poprawę takiej recepty (konkretnie o skreślenie zapisu "PRO AUCTORE" oraz potwierdzenie zmiany pieczętką

i podpisem)?

Odp: Zgodnie z obowiązującym przepisami w publicznych placówkach służby zdrowia nie można wystawiać recept „pro auctore” i „pro familie”. Tak wypisaną recepta jest nieprawidłowa i należy ją poprawić.

13. Jak należy traktować dawkowanie leku podlegającego refundacji z importu docelowego? Czy może ono przekroczyć 120 dni?

Odp: Recepty na leki z importu docelowego podlegają takim samym zasadom realizacji jak pozostałe recepty. Dlatego też okres terapeutyczny leku na jednej receptce nie może przekroczyć 120 dni.

14. Zapotrzebowanie na leki wystawione jest przez przychodnie czy prywatne gabinety lekarskie, gdy leki mają być wykorzystywane na użytek gabinetu. Jak należy postąpić wobec ratownika medycznego, który prowadzi działalność gospodarczą i kupuje w aptece np. kompresy czy strzykawki a następnie prosi o fakturę? Czy ratownik ten powinien wypisać zapotrzebowanie na leki?

Odp: Jeżeli ratownik prowadzi działalność gospodarczą dotyczącą udzielania usług medycznych to zakup leków, wyrobów i sprzętu medycznego może odbyć się tylko na podstawie zapotrzebowania zgodnie z jego wymogami.

15. Czy dopuszczalna jest zamiana wyrobów medycznych np. na receptce zostały zapisane paski ONE TOUCH SELECT PLUS to czy pacjentowi można wydać paski ACCU-CHEK PERFORMA z należytą zniżką?

Odp: Tak. Wyroby medyczne również podlegają zasadom substytucji zgodnie z art. 44 ustawy refundacyjnej.

16. Czy można zamieniać leki o zmodyfikowanej formie uwalniania na tabletki niemodyfikowane? Tzn. czy np. można wymienić Cardurę XL na zwykłą?

Odp: Tylko leki o tej samej prędkości uwalniania można uważać za równoważne. Taka zamiana wymaga szczegółowej analizy i wiedzy.

17. Czy możliwe jest wystawienie faktury np. na gabinet weterynaryjny, jeśli sprzedaż leków dotyczyła produktów wypisanych na imiennej receptce weterynaryjnej? Czy wystawienie faktury możliwe jest tylko po wystawieniu zapotrzebowania na leki?

Odp: Nie ma możliwości wystawienia faktury na gabinet, jeżeli wydanie leku następuje na podstawie recepty wystawionej na zwierzę z danymi właściciela. Jeżeli osoba realizująca receptę prosi o fakturę na gabinet weterynaryjny musi przedstawić zapotrzebowanie z tegoż gabinetu.

18. Ile pozycji (leków, opatrunków...) może być wypisana na jednym zapotrzebowaniu do gabinetu lekarskiego?

Odp: Według obowiązujących przepisów art. 96 ustawy Prawo Farmaceutyczne, nie ma takiego limitu.

19. Czy na receptach na leki robione lekarz może napisać dwie daty (wystawienia i realizacji "od dnia")? Czy akceptowana jest tylko jedna data wystawienia?

Odp: Tak, ale tylko w przypadku postaci, dla których można wypisać na jeden receptce 10 ryczałtów, a nawet do 16 recept, w sumie 120 dni kuracji. Do tych postaci zalicza się maści, pasty, żele, kremy i mazidła.

Wprowadzenie do opieki farmaceutycznej podsumowanie wiedzy w zdefiniowaniu pojęcia. Cz 1.

dr n. farm. Piotr Merks,
Katedra Technologii Postaci Leku,
CM UMK, w Bydgoszczy.

Opieka farmaceutyczna stanowi integralną część opieki medycznej nad pacjentem w większości krajów wysoko uprzemysłowionych [1, 2]. Obecnie przyjmuje się, że jest to „(...) odpowiedzialne działanie farmaceuty, którego celem jest zapewnienie bezpieczeństwa farmakoterapii i podniesienie zależnej od zdrowia jakości życia pacjenta” (ang. health-related quality of life) [3]. Pharmaceutical Care Network Europe (PCNE) poddał analizie definicje stosowane dotychczas i w 2013 roku zaproponował nową. Warto chyba wspomnieć o silnej ewolucji pojęcia opieki farmaceutycznej. Najczęstszą przyczyną niepowodzeń w terapii jest niestosowanie się pacjentów do zaleceń lekarskich, w tym nieprawidłowe przyjmowanie zaleconych leków (ang. non-adherence). Już wiele lat temu stwierdzono, że to dzięki zaangażowaniu farmaceutów w kliniczne aspekty opieki nad pacjentami można najefektywniej dotrzeć do ich najszerszego grona. To właśnie personel apteki (magistrowie farmacji) przez zapewnienie pacjentowi profesjonalnej pomocy i wsparcia w leczeniu w istotnym stopniu wpływa m.in. na lepsze przestrzeganie zaleceń terapeutycznych, dzięki czemu maleją koszty ponoszone przez państwo na opiekę medyczną oraz wskaźniki chorobowości i śmiertelności. Niestety w Polsce farmaceuta nadal jest przede wszystkim odpowiedzialny za sprzedaż, dyspensowanie produktów leczniczych i zarządzanie

magazynem leków, choć obserwuje się indywidualne próby wdrażania opieki farmaceutycznej do konkretnych aptek. Przeszkodą jest m.in. brak precyzyjnych uregulowań prawnych, które umożliwiłyby farmaceutom sprawowanie opieki farmaceutycznej nad pacjentem, np. odnośnie do gromadzenia poufnych danych pacjentów w stopniu koniecznym do prawidłowego prowadzenia wspomnianej opieki.

Dla dobra pacjenta kluczowa jest świadomość, że może się udać do apteki w celu skorzystania z pomocy farmaceuty zarówno w zakresie zaordynowanej przez lekarza farmakoterapii, jak i profilaktyki.

Pewnym krokiem naprzód wydaje się opublikowany w 2011 roku w „Gazecie Polskiej” i przedrukowany w „Aptekarzu Polskim” artykuł ukazujący dwugłos lekarza i farmaceuty [4, 5].

Należy zaznaczyć, że opieka farmaceutyczna nie powinna być traktowana jako pojedyncza usługa, jak to się dzieje obecnie w polskim prawie farmaceutycznym czy ustawie o izbach aptekarskich, lecz jako kompleksowa opieka nad pacjentem, na którą powinny się składać określone usługi, począwszy od podstawowych, czyli wydawania leków na receptę, po usługi zaawansowane, służące edukacji pacjenta i optymalizacji farmakoterapii. Taki podział wpisuje się w rozróżnienie dobrze znane w literaturze przedmiotu na kognitywne usługi farmaceutyczne (np. pojedynczą poradę farmaceuty, której głównym celem jest optymalizacja farmakoterapii) oraz opiekę farmaceutyczną (rozumianą jako proces) [6].

Właściwa opieka farmaceutyczna powinna obejmować: zebranie wywiadu, a następnie proces jego ciągłej weryfikacji obejmującej dotychczas prowadzoną u danego pacjenta farmakoterapię; ocenę stanu zdrowia i wszystkich informacji medycznych



odnośnie do danego pacjenta; opracowanie indywidualnego planu leczenia we współpracy z pacjentem i lekarzem prowadzącym, zwłaszcza u chorego stosującego leki o kategorii Rp.; prowadzenie dokumentacji medycznej każdego pacjenta po uzyskaniu jego zgody (prowadzenie dokumentacji jest warunkiem sine qua non objęcia pacjenta opieką farmaceutyczną); nadzór nad całością terapii lekowej, której poddany jest pacjent – od jej wdrożenia aż do zakończenia; nadzór nad efektywnością terapii; monitorowanie stopnia przestrzegania zaleceń terapeutycznych przez chorego; opracowanie ewentualnych alternatyw farmakologicznych; każdorazowe informowanie pacjenta o sposobie dawkowania przepisanych mu leków; udzielanie pomocy i wsparcia w wyborze leków OTC; racjonalizację stosowanej przez pacjentów farmakoterapii; identyfikację potencjalnych lub rzeczywistych problemów lekowych; prowadzenie akcji profilaktycznych obniżających ryzyko

wystąpienia problemów zdrowotnych; edukację pacjenta dotyczącą jego choroby/chorób.

Dzięki wdrożeniu opieki farmaceutycznej do aptek powinny się poprawić parametry bezpieczeństwa i skuteczności terapii, zwłaszcza wskaźniki adherence (przestrzeganie zaleceń). Pod pojęciem non-adherence kryje się nieprzestrzeganie zaleceń terapeutycznych. To farmaceuci mogą obiektywnie ocenić wartość owego parametru. W Polsce przeciętna wartość wskaźnika adherence wynosi 50%, a w przypadku niektórych jednostek chorobowych (np. nadciśnienie tętnicze) jest zdecydowanie niższa [7]. Obserwowane zjawisko w dużej mierze wynika z ograniczeń organizacyjnych opieki medycznej. Rolą farmaceuty jest przekonanie pacjenta o konieczności wdrożenia terapii lekowej i monitorowania prawidłowości jej przebiegu.

W krajach, w których opieka farmaceutyczna funkcjonuje w praktyce, np. w Wielkiej

Brytanii, pacjent ma świadomość, że magi-
strowie farmacji w aptekach ogólnodostęp-
nych służą mu radą w przypadku różnych
dolegliwości zdrowotnych i najczęściej są dla
niego pomocą pierwszego kontaktu. Niestety
pojęcie opieki farmaceutycznej jest praktycz-
nie obce większości społeczeństwa w Polsce.

W 2010 roku Sektor Badań Rynku Medyczne-
go TNS OBOP przeprowadził badanie doty-
czące świadomości Polaków odnoszącej się
do opieki farmaceutycznej [8]. Prawie 90%
ankietowanych nie było świadomych faktu,
że farmaceuta powinien przekazywać wiedzę
dotyczącą dawkowania danego leku, cza-
su jego stosowania czy ewentualnych prze-
ciwwskazań. Pacjenci z chorobami przewlek-
łymi, stanowiący główną grupę docelową
realizowania opieki farmaceutycznej, byli
równie mało świadomi jej istnienia co pozo-
stali ankietowani.

Z wyników analizy płynie również inny istot-
ny wniosek – polscy pacjenci są pozytywnie
nastawieni do idei opieki farmaceutycznej
i z chęcią skorzystaliby z oferowanych w jej
ramach usług (57% ankietowanych). Nie-
stety wdrożenie tej opieki w Polsce napotyka
liczne przeszkody. Polska jest jednym z kra-
jów dopiero wdrażających ideę opieki farma-
ceutycznej. Celowe wydaje się więc korzystanie
z doświadczeń państw, którym się to uda-
ło w ramach funkcjonowania systemu ochro-
ny zdrowia. Jednym z krajów charakteryzują-
cych się wysokim poziomem świadczonych
usług realizujących założenia opieki farma-
ceutycznej jest właśnie Wielka Brytania,
gdzie funkcjonuje podział na podstawową
i rozszerzoną opiekę zdrowotną (ang. prima-
ry care i secondary care).

W Wielkiej Brytanii w 2005 roku zaczęła obo-
wiązywać nowa umowa apteczna (ang. new
pharmacy contract), dzięki której Narodowa
Służba Zdrowia (ang. National Health Servi-
ce, NHS) płaci za usługi wchodzące w skład

opieki farmaceutycznej. Farmaceuta prze-
jął pewną część zadań pozostających do tej
pory domeną podstawowej opieki zdrowot-
nej i lekarzy medycyny rodzinnej. Finansowa-
nie danej apteki zależy od tego, czy farma-
ceuci zatrudnieni w danej placówce świadczą
pacjentom usługi farmaceutyczne wysokiej
jakości. Im więcej pacjentów wybiera okre-
śloną aptekę, tym więcej funduszy jest prze-
syłanych do tej placówki. Usługi farmaceu-
tyczne stały się dla apteki źródłem dodatko-
wych dochodów, a w wymiarze społecznym
główną korzyścią z wprowadzenia opieki far-
maceutycznej jest zwiększenie udziału far-
maceuty w procesie leczenia pacjenta.

Wdrożenie opieki farmaceutycznej w formie
zdefiniowanego katalogu usług farmaceu-
tycznych w Wielkiej Brytanii przyniosło lic-
zne korzyści zarówno pacjentom, jak i farma-
ceutom. Poprawiła się jakość życia pacjen-
tów, którzy dzięki edukacji przez farmaceu-
tów zaczęli się aktywniej włączać w proces
leczenia. Dzięki licznym programom i akcjom
profilaktycznym wzrosła również świadom-
ność społeczeństwa angielskiego dotycząca
profilaktyki czy zachowań prozdrowotnych.
Farmaceuci, z kolei, mogą realizować naj-
ważniejszy aspekt swojego zawodu – pomoc
pacjentowi – z wykorzystaniem zdobytej
w trakcie edukacji wiedzy w zakresie znacz-
nie większym niż uprzednio [9, 10].

Opieka farmaceutyczna – charakterystyka zagadnienia i rys historyczny

Opieka farmaceutyczna jest szczególną
misją farmaceuty. Jej celem pozostaje nie
tylko zapewnienie pacjentom profesjonalnej
opieki w aptece, lecz także pełniejsze wyko-
rzystanie potencjału farmaceutów. Rozwój
i komercjalizacja rynku farmaceutycznego
doprowadziły w Polsce do degradacji zna-
czenia farmaceuty (pauperyzacji zawodu)
i sprowadzenia go w rzeczywistości do roli



sprzedawcy leków. Przez lata, w trakcie błyskawicznego postępu na rynku farmaceutycznym, zmieniła się również charakterystyka przeciętnego pacjenta apteki. Chorzy mają sporą wiedzę odnośnie do aktualności medycznych, a poziom ich świadomości zdrowotnej w porównaniu z sytuacją sprzed kilkudziesięciu lat jest nieporównywalnie większy. W coraz większym stopniu pacjenci chcą współdecydować o procesie swojego leczenia i podejmuje dyskusję na temat stosowanych produktów leczniczych i możliwych alternatyw terapeutycznych.

Tym niemniej, mimo niewątpliwego rozwoju nauki, dostępu do coraz nowszych leków oraz rosnącej wiedzy i świadomości pacjentów, do dziś nie osiągnięto spodziewanego postępu w leczeniu wielu chorób. Uważa się, że jedną z głównych przyczyn tej sytuacji są działania niepożądane leków i niepowodzenia terapeutyczne [11, 12, 13, 14, 15]. Mimo coraz głębszej wiedzy pacjenci nie przestrzegają ustalonej dawki, sposobu i por-

przyjmowania leku. Brak adherence uważa się za najważniejszą przyczynę niepowodzeń w terapii. Problem jest nasilony zwłaszcza w terapii chorób przewlekłych [16, 17, 18, 19, 20, 21, 22]. To właśnie odpowiednia pomoc farmaceuty może stać się głównym czynnikiem wpływającym na poprawę stopnia przestrzegania zaleceń lekarskich [23, 24].

Szacuje się, że nieprawidłowe przyjmowanie leków dotyczy ponad 60% pacjentów, a liczba związanych z tym działań niepożądanych oscyluje w granicach 0,5–50%. Wydaje się, że pacjenci postrzegają leki OTC (szczególnie te w obrocie pozaaptecznym) jako całkowicie bezpieczne i nie przywiązują wagi do ich właściwego dawkowania. Jako że coraz większa część produktów leczniczych jest dostępna bez recepty, to takie podejście wiąże się z realnym i pogłębiającym się ryzykiem zwiększonej śmiertelności [25, 26, 27, 28, 29].

Uznawana do dziś koncepcja opieki farmaceutycznej powstała w 1990 roku i była wspólnym dziełem Heplera i Strand [30]. Zespół ten opublikował w *American Journal of Hospital Pharmacy* rozważania dotyczące nieprawidłowego stosowania leków wraz z propozycjami potencjalnych rozwiązań tego problemu. Z definicji tej wyłania się obraz opieki farmaceutycznej nie jako wyłącznego obowiązku farmaceuty, ale jako realnej współpracy między aptekarzem, pacjentem i pozostałymi członkami zespołu opieki zdrowotnej. Takie multidyscyplinarne postępowanie ma doprowadzić do opracowania, faktycznego wdrożenia i systematycznego monitorowania postępowania stosowanej farmakoterapii [31, 32, 33, 34, 35]. W świetle tej definicji opieka farmaceutyczna staje się integralną i nieodłączną częścią systemu ochrony zdrowia, a jeśli jest prawidłowo prowadzona, to pacjent i farmaceuta oddziałują na siebie wzajemnie. Chory musi bowiem zaufać farmaceucie, udzielając mu swoistego pełnomocnictwa, natomiast farmaceuta jest zobowiązany do jak najefektywniejszego wykorzystania swojej wiedzy dla dobra pacjenta. Taka postawa farmaceuty to klucz do poprawy skuteczności stosowanej przez chorego terapii, przy jednoczesnym obniżeniu jej kosztów i zminimalizowaniu ewentualnych działań niepożądanych.

Podana przez zespół Hepler i Strand definicja opieki farmaceutycznej została w 1998 roku uznana przez Międzynarodową Federację Farmaceutyczną (ang. International Pharmacy Federation, FIP). Ostatecznie przyjętą definicję wzbogacono o twierdzenie, że „(...) celem opieki farmaceutycznej jest (...) uzyskanie określonych efektów poprawiających lub utrzymujących określony poziom jakości życia pacjenta”. Jest to cel bardzo ważny, zwłaszcza w odniesieniu do chorych przewlekłe. Takim przykładem może być cukrzyca, w której już samo utrzymanie

jakości życia na niezmiennym poziomie jest wielkim osiągnięciem. W konsekwencji uznania słuszności postulatów wspomnianych badaczy w Europie, zwłaszcza w Wielkiej Brytanii, Szwajcarii, Austrii, Niemczech, Portugalii i Holandii, rozpoczęto wdrażanie pierwszych programów opieki farmaceutycznej. Brytyjska opieka farmaceutyczna coraz intensywniej ewoluuje w kierunku kompleksowego zarządzania lekiem. Obserwuje się wręcz tendencję do rezygnacji z terminu „opieka farmaceutyczna” na rzecz pojęcia „optymalizacja farmakoterapii” (ang. *medicine optimisation*) Należy tu zacytować wypowiedź Alastaira Buxtona, byłego szefa Komitetu Negocyjacyjnego ds. Usług Farmaceutycznych (ang. *Pharmaceutical Services Negotiating Committee, PSNC*) finansowanych przez NHS. Informacja ta trafiła do autora niniejszej pracy w odpowiedzi na prośbę o charakterystykę funkcjonowania opieki farmaceutycznej w Anglii: „(...) W Wielkiej Brytanii w celu opisanego wszelkich usług świadczonych w farmacji, które realizują idee szeroko rozumianej opieki farmaceutycznej, preferuje się stosowanie terminu ‘usługi farmaceutyczne’. Odchodzimy od stosowania hasła ‘opieka farmaceutyczna’, ale, jeśli już mamy ją zdefiniować, to jest ona najbliższa definicji podanej przez Heplera i Strand. Narodowy Departament Zdrowia i Usług Zdrowotnych coraz częściej posługuje się terminem ‘optymalizacja stosowanych leków’ przez usługi farmaceutyczne, takie jak przeglądy lekowe, usługa nowy lek i inne, które zostaną opisane poniżej. Jest to szerokie pojęcie, obejmujące znaczną liczbę usług związanych z przepisywaniem, wydawaniem i przygotowywaniem leków dla pacjenta”.

W Polsce dopiero w 2000 roku Naczelna Rada Aptekarska przyjęła strategię opieki farmaceutycznej, co zaowocowało wprowadzeniem tego zagadnienia do programów kształcenia podyplomowego dla farmaceutów. Kolejnym

krokiem była nowelizacja ustawy o izbach aptekarskich z 10 stycznia z 2008 roku, w której wprowadzono definicję opieki farmaceutycznej do polskiego ustawodawstwa. Na przełomie lat 2008/2009 zajęcia z zakresu opieki farmaceutycznej oficjalnie wprowadzono do programów nauczania wydziałów farmaceutycznych [36, 37].

Prawidłowo prowadzona opieka farmaceutyczna powinna obejmować następujące elementy [35–44]:

- edukacja pacjenta – działania szkoleniowe muszą być prowadzone możliwie systematycznie,
- systematyczna kontrola wszystkich leków przyjmowanych przez pacjenta,
- systematyczna kontrola parametrów klinicznych, umożliwiająca prawidłową ocenę skuteczności farmakoterapii stosowanej przez pacjenta,
- opracowywanie indywidualnego schematu opieki terapeutycznej dla pacjenta (np. przez coroczne przeglądy lekowe).

Aby opieka ta była sprawowana właściwie, należy uwzględnić specyfikę pacjenta. Wskazuje się, że szczególną uwagę należy zwrócić na pacjentów z astmą, cukrzycą, nadciśnieniem tętniczym, chorobą niedokrwienną serca, zaburzeniami krzepliwości, chorobami reumatycznymi, chorobą Parkinsona, migrenami, bólem, chorobami nowotworowymi, zespołem nabytego niedoboru odporności (ang. acquired immune deficiency syndrome, AIDS) [45–50].

Z kolei, jeśli się weźmie pod uwagę specyfikę osoby pacjenta, opiekę farmaceutyczną ukierunkowuje się w szczególności na: matki z małymi dziećmi, pacjentów w podeszłym wieku, pacjentów szczególnie narażonych na działania niepożądane (np. osoby

z alergiami), osoby nadużywające substancji psychoaktywnych i osoby nadużywające leków, nałogowych palaczy tytoniu, pacjentów po transplantacjach, pacjentów ze sztucznymi przetokami.

Należy podkreślić, że usługi świadczone przez farmaceutę w ramach opieki farmaceutycznej powinny zmierzać do poprawy nie tylko zdrowia danego pacjenta, lecz również jakości jego życia [51–59].

Niewłaściwe stosowanie leków przez pacjenta (ang. non-adherence) – zjawisko już wcześniej wspomniane – to jeden z podstawowych problemów w farmakoterapii, zwanych problemami lekowymi [60]. Zapobieganie ich występowaniu jest właściwym zadaniem opieki farmaceutycznej. Do takich problemów należy również zaliczyć wykupywanie zaleconych leków, lecz niestosowanie się do ustalonego sposobu ich stosowania, a także rezygnację z wykupienia części przepisanych leków ze względu na kwestie finansowe.

Rola farmaceuty polega na dostrzeżeniu każdego z wymienionych zachowań i jego korekcie. W tym celu konieczna jest interpretacja danych z przeprowadzonego z pacjentem wywiadu w celu oszacowania ryzyka wystąpienia problemu lekowego. Farmaceuta musi uświadomić pacjentowi, że wykupienie przepisanych mu leków jest konieczne, zaś rezygnacja z nich może się zakończyć istotnym pogorszeniem stanu zdrowia, a w skrajnych przypadkach nawet zgonem. Poinformowanie chorego o prawdopodobnych skutkach sporadycznej terapii również zwiększa wartość adherence. Farmaceuta sprawujący opiekę nad chorym powinien rzetelnie gromadzić informacje na temat jego dolegliwości i przyjmowanych leków, a następnie wykorzystywać tę wiedzę do uzyskania jak najlepszych efektów stosowanej terapii [61, 62].

Aby świadczona opieka farmaceutyczna była prawidłowa, konieczna jest modyfikacja sposobu komunikacji farmaceuty z pacjentem. Aby ta relacja mogła spełniać swoją rolę, musi być oparta na wzajemnym zaufaniu i otwartości. Opieka farmaceutyczna nie powinna się odbywać w obecności innych pacjentów – do tego celu jest potrzebne specjalne pomieszczenie zapewniające komfort i prywatność. W optymalnym modelu opieki farmaceutycznej powinno się również uwzględnić stały kontakt farmaceuty z lekarzem [6365], ponieważ dzięki temu, że farmaceuta utrzymuje systematyczny kontakt z pacjentem i udziela mu wskazówek, lekarz może zmodyfikować wdrożone leczenie.

Do prowadzenia opieki farmaceutycznej niezbędna jest dokumentacja medyczna, w której znajdują się informacje na temat historii przyjmowanych leków. W celu jej zebrania farmaceuta musi zapytać o: alergie, działania niepożądane, aktualnie przyjmowane leki, wcześniej przyjmowane leki, leki dostępne bez recepty, inne leki, doświadczenia odnośnie terapii lekowej, przestrzeganie zaleceń odnośnie terapii.

Udzielanie porad farmaceutycznych oraz konsultowanie pacjenta polega na:

- przedstawieniu najbardziej optymalnego sposobu rozwiązania jego problemów medycznych,
- doradztwie w wyborze optymalnego wyrobu medycznego/produktu,
- uzupełnieniu i wzbogaceniu wiedzy pacjenta dotyczącej danego problemu medycznego,
- rozwiązywaniu wątpliwości medycznych pacjenta,
- przewidywaniu problemów lekowych i zapobieganiu im,
- podjęciu próby wyjaśnienia,

czy obserwowany u pacjenta problem zdrowotny nie wynika z problemu lekowego.

- Systematyczna ocena i monitorowanie przyjmowanej przez pacjenta farmakoterapii polega na podjęciu próby maksymalizacji efektów danego leczenia przy jednoczesnej minimalizacji możliwych działań niepożądanych terapii oraz poprawie zależnej od zdrowia jakości życia pacjenta.

Piśmiennictwo u Autora



Probiotyki

Przewód pokarmowy stanowi najbardziej reprezentatywne siedlisko mikroorganizmów w całym organizmie człowieka. Ten unikalny ekosystem określany mianem mikrobioty wraz z układem immunologicznym związanym z błoną śluzową jelit oraz nabłonkiem jelitowym tworzą barierę jelitową. Stabilność struktury, ale i czynności bariery jelitowej jest kluczowa za szeroko rozumianego dobrostanu organizmu, którego fizjologicznymi wykładnikami są między innymi niezakłócone procesy absorpcji składników odżywczych z pożywienia, metabolizmu energetycznego czy odporności. Choć skład

NAZWA	SKŁAD	ILOŚĆ BAKTERII
<p>Nowość</p> <p>SANPROBI 4 Enteric</p>	<p>4 szczepy bakteryjne: <i>Lactococcus lactis</i> ssp. <i>lactis</i> Rosell – 1058 <i>Lactobacillus casei</i> Rosell – 215 <i>Lactobacillus helveticus</i> Rosell – 52 <i>Bifidobacterium bifidum</i> Rosell – 71</p>	<p>1 x 10⁹ CFU w kapsułce</p> <p>Unikalna formuła kapsulek DRcaps, dzięki której produkt rozpuszcza się dopiero w jelcicie.</p>
<p>SANPROBI IBS</p>	<p><i>Lactobacillus plantarum</i> 299v</p>	<p>1x10¹⁰ CFU w kapsułce</p> <p>≥10 miliardów CFU w kapsułce</p>
<p>SANPROBI Super Formula</p>	<p>7 szczepów bakteryjnych, 2 prebiotyki: <i>Bifidobacterium lactis</i> W51,W52 <i>Lactobacillus acidophilus</i> W22 <i>Lactobacillus plantarum</i> W21 <i>Lactococcus lactis</i> W19 <i>Lactobacillus casei</i> W20 <i>Lactobacillus salivarius</i> W24 Inulina Fruktooligosacharydy</p>	<p>1 x 10⁹ CFU/g</p> <p>≥200 milionów CFU w kapsułce</p>
<p>SANPROBI Active & Sport</p>	<p>5 szczepów bakteryjnych: <i>Bifidobacterium lactis</i> W51 <i>Lactobacillus brevis</i> W63 <i>Lactobacillus acidophilus</i> W22 <i>Bifidobacterium bifidum</i> W23 <i>Lactococcus lactis</i> W58</p>	<p>2,5x10⁹ CFU/g</p> <p>≥500 milionów CFU w kapsułce</p>
<p>SANPROBI Barrier</p>	<p>8 szczepów bakteryjnych: <i>Bifidobacterium lactis</i> W52 <i>Lactobacillus brevis</i> W63 <i>Lactobacillus casei</i> W56 <i>Lactococcus lactis</i> W19 <i>Lactococcus lactis</i> W58 <i>Lactobacillus acidophilus</i> W37 <i>Bifidobacterium bifidum</i> W23 <i>Lactobacillus salivarius</i> W24</p>	<p>2,5 x 10⁹ CFU/g</p> <p>≥500 milionów CFU w kapsułce</p>
<p>SANPROBI FEMI+</p>	<p>6 szczepów bakteryjnych: <i>Bifidobacterium bifidum</i> W28 <i>Lactobacillus acidophilus</i> W70 <i>Lactobacillus brevis</i> W63 <i>Lactobacillus helveticus</i> W74 <i>Lactobacillus plantarum</i> W21 <i>Lactobacillus salivarius</i> W24 Laktoferyna</p>	<p>1,65 x 10⁹ CFU w kapsułce</p>

Informacja kierowana do osób uprawnionych do wystawiania recept lub osób prowadzących obrót produktami leczniczymi.

PODSTAWY PATOGENETYCZNE	WŁAŚCIWOŚCI SZCZEPÓW	DAWKOWANIE
<p>Zaburzenia mikrofloty jelitowej mogą wywoływać zmiany struktury i przepuszczalności bariery jelitowej i wpływać na funkcję wątroby, co może prowadzić do powstawania takich schorzeń jak: niealkoholowa stłuszczeniowa choroba wątroby i niealkoholowe stłuszczenie wątroby.</p> <p>Niealkoholowa choroba stłuszczeniowa wątroby swoim spektrum obejmuje różne schorzenia wątroby od tzw. stłuszczenia prostego do marskości wątroby włącznie</p>	<ul style="list-style-type: none"> • wsparcie bariery jelitowej • hamowanie bakterii patogennych • działanie przeciwwzapalne • działanie modulujące sole kwasów żółciowych • produkcja krótkołańcuchowych kwasów tłuszczowych o korzystnym działaniu kardiometabolicznym • działanie hepatoprotekcyjne 	<p>Dzieci od 3 do 12 roku życia: 1–2 kapsułki dziennie.</p> <p>Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia: 1–3 kapsułki dziennie.</p>
<p>U chorych z Zespołem Jelita Nadwrażliwego występuje dysbioza i niedobór bakterii z gatunku <i>Lactobacillus</i>.</p> <p>Powoduje to takie objawy jak: wzdęcia, bóle brzucha, biegunki, zaparcia. Zapobiegnie powikłaniom po antybiotykoterapii</p>	<ul style="list-style-type: none"> • adhezja do nabłonka jelit • wiązanie się z receptorem mannozowym oraz innymi receptorami, do których wiąże się patogeny 	<p>Dzieci od 3 do 12 roku życia: 1 kapsułka dziennie.</p> <p>Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia: 1–2 kapsułki dziennie.</p> <p><small>Produkt uzyskał pozytywną opinię Instytutu „Pomnik - Centrum Zdrowia Dziecka”.</small></p>
<p>Dysbioza może prowadzić do podprogowego stanu zapalnego organizmu i mieć niekorzystny wpływ na przebieg otyłości, nadciśnienia, cukrzycy i innych zaburzeń metabolicznych</p>	<ul style="list-style-type: none"> • zróżnicowanie naturalnej mikroflory jelitowej • zmniejszanie stanów zapalnych towarzyszących otyłości czy cukrzycy • wspieranie redukcji masy ciała • utrzymywanie prawidłowych funkcji układu odpornościowego 	<p>Dzieci od 3 do 12 roku życia: 1–2 kapsułki dziennie.</p> <p>Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia: 2–4 kapsułki dziennie.</p>
<p>Wysiłek fizyczny może prowadzić do niedokrwienia przewodu pokarmowego i następnie do:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. reakcji wolnorodnikowych 2. uszkodzenia bariery jelitowej 3. endotoksemii 	<ul style="list-style-type: none"> • optymalizacja procesów antyoksydacyjnych • wspieranie prawidłowej funkcji bariery jelitowej w trakcie oraz po wysiłku fizycznym 	<p>Dzieci od 3 do 12 roku życia: 1–2 kapsułki dziennie.</p> <p>Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia: 2–4 kapsułki dziennie.</p>
<p>Dysbioza wywołana uszkodzeniem bariery jelitowej może być spowodowana przyjmowaniem NLPZ, IPP, cytotatycznych, leków immuno-supresyjnych co prowadzi do przenikania toksyn bakteryjnych do organizmu (endotoksemii) i może wywoływać stany przewlekłego zmęczenia, migreny, obniżony nastrój, depresje, alergie, częste infekcje</p>	<ul style="list-style-type: none"> • uszczelnianie bariery jelitowej oraz wspieranie jej funkcji • zapobieganie przedostawaniu się toksyn bakteryjnych oraz obcych antygenów do organizmu • wspieranie działania osi mózgowo-jelitowej 	<p>Dzieci od 3 do 12 roku życia: 1–2 kapsułki dziennie.</p> <p>Dorośli i dzieci powyżej 12 roku życia: 2–4 kapsułki dziennie.</p>
<p>Dysbioza pochwy spowodowana m.in. antybiotykoterapią, nadmierną lub niewłaściwą higieną okolic pochwy, zmianami hormonalnymi</p>	<ul style="list-style-type: none"> • produkcja kwasu mlekowego i nadtlenku wodoru o działaniu antibakteryjnym oraz przeciwgrzybiczym • wspomaganie układu odpornościowego, działanie przeciwdrobnoustrojowe oraz antyoksydacyjne dzięki zawartości laktoferyny 	<p>1 kapsułka na noc przez kolejnych 5 dni w miesiącu</p> <p>przez 3 następujące po sobie miesiące</p>



mikrobioty ma względnie stały – na danym etapie rozwoju osobniczego - charakter to przetrwałe naruszenie równowagi mikrobiologicznej w jelicie może być jedną z przyczyn i/lub konsekwencji zaburzeń na poziomie tkanek przewodu pokarmowego, ale też odległych topograficznie organów.

Stres, niewłaściwe nawyki żywieniowe, farmakoterapia (ze szczególnym uwzględnieniem podaży antybiotyków, steroidów, inhibitorów pompy protonowej) oraz wszelkie stany zapalne i zabiegi w obrębie przewodu pokarmowego naruszają homeostazę mikrobioty prowadząc do rozwoju dysbiozy. Udowodniono już, że jelita potężne są z centralnym układem nerwowym szlakiem tzw. osi mózg-jelita-mikrobiota, co sprawia, że równowaga w jelicie przekłada się na stabilność emocjonalną stanowiąc tym samym punkt uchwytu dla potencjalnych opcji terapeutycznych w zaburzeniach nastroju. Wiadomo również, że dzięki istnieniu osi mózgowo-wątrobowej właściwa kompozycja mikrobioty przewodu pokarmowego utrzymuje stabilność gospodarki lipidowej czym ogranicza ryzyko powstawania wysokiego stężenia cholesterolu całkowitego, a także przeciwdziała rozwojowi stanu zapalnego w krążeniu jelitowo-wątrobowym co w konsekwencji chroni ten gruczoł przed rozwojem stłuszczenia i finalnie marskością.

Aby przywrócić eubiozę w jelicie należy przede wszystkim zmodyfikować nawyki żywieniowe. Do kanonów dietetycznych należy aktualnie również stosowanie żywności prebiotycznej (bogatej w rozpuszczalne włókna roślinne), jak również żywności zawierającej żywe kultury bakterii (jogurty, kefir, warzywa fermentowane) oraz suplementacja preparatów probiotycznych. Probiotyki to żywe drobnoustroje, które podane w odpowiedniej ilości wywierają korzystny wpływ na zdrowie gospodarza. Ideą probiotykoterapii jest stworzenie w warunkach

podażą żywych szczepów bakterii probiotycznych stanu równowagi tak strukturalnej jak i czynnościowej - eubiozy. Komórki bakteryjne obecne w probiotyku, namnażają się w jelicie w trakcie jego podawania, co równolegle zmniejsza liczbę niekorzystnych mikroorganizmów. O ile część właściwości probiotycznych szczepów bakteryjnych jest cechą wspólną (np. regulacja pasażu jelitowego, poprawa szybkości odnowy nabłonka jelitowego, hamowanie proliferacji bakterii patogennych i potencjalnie chorobotwórczych w mechanizmie inhibicji kompetycyjnej) o tyle inne (np. produkcja związków biologicznie czynnych, regulacja działania osi mózgowo-jelitowej czy gospodarki endokrynej) są wybitnie szczepozależne. Wybór optymalnego preparatu probiotycznego powinien być zatem poprzedzony analizą celu w jakim jest on podawany i jakie korzyści mają zostać osiągnięte.

Preparaty zawierające w swym składzie jeden szczep rekomendowane są dla pacjentów, u których występują objawy wskazujące na istnienie określonego zjawiska klinicznego. Przykładowo preparaty monoszczepowe są z sukcesem stosowane w leczeniu zaparć, biegunek, a także innych objawów dyskomfortu w obrębie jamy brzusznej, również w przebiegu zaburzeń czynnościowych (dyspepsji, zespołu jelita nadwrażliwego). W przypadku antybiotykoterapii, podawany równolegle do leczenia szczep probiotyczny będąc silnym konkurentem w stosunku do bakterii patogennych pozwala optymalnie zrealizować właściwości „osłonowe” takiej interwencji. W takich sytuacjach klinicznych najważniejsze jest aby efekt probiotyczny był jak najbardziej przewidywalny i kontrolowany.

Mikroorganizmy znajdujące się w składzie preparatów wieloszczepowych są aktywne na różnych poziomach biologicznych w organizmie pacjenta. Szerokie spektrum

oddziaływania sprawia, że preparaty wieloszczepowe mogą być wykorzystane wspomagająco w terapii schorzeń, których podłożem jest wieloczynnikowe; zespołu metabolicznego, otyłości, alergii, infekcji grzybiczych czy zaburzeń nastroju. Wieloszczepowe preparaty psychobiotyczne wykazują zdolność poprawy nastroju, podczas gdy inne probiotyki zawierające w swoim składzie różne szczepy mogą być stosowane jako preparaty chroniące narządy wewnętrzne przez czynniki prozapalne czy ograniczające częstość występowania zakażeń pozabiegowych, np. po transplantacjach narządów. Unikalne kompozycje probiotyczne potrafią również przeciwdziałać skutkom stresu fizycznego, np. produkcji wolnych rodników tlenowych i następczym uszkodzeniom bariery jelitowej u sportowców wysokiego wyczynu. Wybrane preparaty synbiotyczne zawierające nie tylko bakterie probiotyczne, ale i prebiotyki (źródło energii dla bakterii jelitowych, np. nietrawione w organizmie człowieka fruktooligosacharydy, inulina) wykazują potencjał w redukcji masy ciała i poprawy przebiegu klinicznego zaburzeń metabolicznych, w tym cukrzycy.

NLPZ a leczenie depresji – na które aspekty w szczególności powinien zwrócić uwagę farmaceuta?

dr n. farm. Michał Pstrągowski

Chociaż w przypadku bezpieczeństwa stosowania niesteroidowych leków przeciwzapalnych (NLPZ) wiele mówi się obecnie zwłaszcza w kontakcie pacjentów obarczonych ryzykiem uszkodzenia przewodu pokarmowego, nie należy zapominać także o innych grupach chorych. Mowa tutaj m. in. o pacjentach leczonych z zaburzeń depresyjnych.

W ich przypadku jednocześnie stosowanie NLPZ może sprzyjać występowaniu dodatkowych powikłań, zwłaszcza jeśli leczenie prowadzone jest w sposób długoterminowy. Czy farmaceuta realizując receptę na lek przeciwdepresyjny jest w stanie w prosty sposób zidentyfikować negatywne zależności? Na które grupy pacjentów powinniśmy zwrócić szczególną uwagę w trakcie realizacji konsultacji farmaceutycznej?

Interakcje SSRI

SSRI (Selective Serotonin Reuptake Inhibitors), czyli selektywne inhibitory wychwytu zwrotnego serotoniny to obecnie najpowszechniejsza grupa leków stosowana w leczeniu zaburzeń depresyjnych. Ich wysoki stopień preskrypcji uwarunkowany jest również istnieniem rekomendacji przemawiających na korzyść ich stosowania u pacjentów z depresją, ale także pojawieniem się wielu wskazań dodatkowych jak np. leczenia wspomagającego bulimii, zaburzeń lękowych, choroby afektywnej dwubiegunowej czy zespołu napięcia przedmiesiączkowego.

Interakcje SSRI z innymi z lekami dotyczą wielu mechanizmów farmakologicznych. Część związana jest z metabolizmem wątrobowym i ich wpływem (głównie hamującym) na aktywność różnych izoenzymów cytochromu P450 (CYP1A2, CYP2C9, CYP2C19, CYP2D6, CYP3A4). Inny mechanizm z kolei uwarunkowany jest ryzykiem wystąpienia tzw. zespołu serotoninowego (objawiającego się m. in. niepokojem, pobudzeniem, podwyższoną temperaturą ciała czy drżeniem) zwłaszcza u pacjentów, którzy łączą SSRI z innymi preparatami wpływającymi na przekąźnictwo serotonergiczne (np. dekstrometorfanem, wyciągiem z dziurawca, wyciągiem z żeń-szenia czy niektórymi lekami przeciwdrożdżyczymi).



SSRI a NLPZ

Ważną grupą interakcji SSRI jest również oddziaływanie z lekami wpływającymi na hemostazę, czyli ogół złożonych procesów (w które m. in. zaangażowane są płytki krwi) mających na celu utrzymanie płynności i prawidłowego przepływu krwi w układzie krwionośnym.

Zależność ta może mieć negatywne znaczenie nie tylko w przypadku preparatów przeciwplatek i przeciwkrzepliwych, ale również w kontekście samych NLPZ. Płytki krwi odgrywają bowiem istotną rolę istotną w tamowaniu krwawień, jakie mogą pojawiać się w przewodzie pokarmowym w następstwie stosowania leków przeciwwzdmaczkających. Komórki te, jako struktury pozbawione jądra komórkowego używają w tym celu serotoniny i czerpią ją właśnie za pomocą hamowanego pod wpływem SSRI wychwytu zwrotnego. Ich długotrwałe stosowanie będzie więc wiązało się ograniczeniem napływu serotoniny do płytek krwi, co z kolei może zwiększać ryzyko wystąpienia krwawień z górnego odcinka przewodu pokarmowego. Te negatywne zależności

mogą mieć istotne znaczenie szczególnie dla pacjentów z chorobą wrzodową żołądka lub dwunastnicy, nawet w sytuacji, gdy jej aktualny przebieg jest bezobjawowy.

Nie istnieją pełne i jednoznaczne dane naukowe wskazujące na to, którzy z przedstawicieli SSRI w największym stopniu zwiększa ryzyko opisanych powikłań. Z pewnością ryzyko ich wystąpienia uwarunkowane jest długością leczenia depresji oraz zalecaną przez lekarza dawką. W przypadku NLPZ dysponujemy nieco pełniejszymi danymi. Prawdopodobieństwo uszkodzenia przewodu pokarmowego w następstwie ich stosowania w dużej mierze uzależnione jest od właściwości poszczególnych substancji czynnych – wyższy odsetek działań niepożądanych odnotowano dla ketoprofenu, kwasu acetylosalicylowego i naproksenu, zaś niższy – m. in. dla ibuprofenu i nimesulidu. Warto pamiętać, że ryzyko rozwoju powikłań tylko nieznacznie zmniejsza się przy obniżeniu dawki NLPZ. Dlatego też opisane środki ostrożności powinny dotyczyć pacjentów łączących SSRI np. z ASA w dawkach kardioprotekcyjnych.

Co na to rekomendacje?

Ryzyko opisanych powikłań rośnie w następstwie stosowania innych leków o potencjalnie gastrotoksycznym: NLPZ, ale również preparatów przeciwzakrzepowych, glikokortykosteroidów, bifosfonianów czy części diuretyków (np. spironolaktonu). Obecne wytyczne dość jednoznacznie wskazują, aby dodatkowym postępowaniem przy kojarzeniu NLPZ z SSRI było stosowanie inhibitorów pompy protonowej (IPP). Część specjalistów wskazuje przy tym na znaczną przewagę pantoprazolu nad innymi przedstawicielami tej grupy leków, z uwagi na najniższe ryzyko interakcji farmakokinetycznych, jakie zachodzą przy udziale izoenzymów cytochromu P450

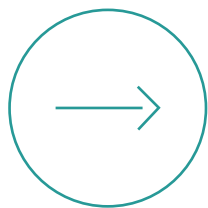
(a co za tym idzie mniejszym prawdopodobieństwem interakcji z wieloma przedstawicielami SSRI, które przecież także mogą być metabolizowane tą drogą).

SSRI a tramadol

Nieco odmiennie do powyższego tematu podchodzi Amerykańska Agencja ds. Leków i Żywności (FDA, Food and Drug Administration). Pomimo, że organizacja nie neguje w żadnym stopniu stosowania IPP w ramach leczenia ostonowego (gastroprotekcynowego), to w pierwszej kolejności stawia na potrzebę zoptymalizowania leczenia bólu. W przypadku pacjentów z czynnikami ryzyka krwawień z przewodu pokarmowego zaleca zmianę terapii na paracetamol lub – w razie pojawienia się silniejszych dolegliwości lub/i jego nieskuteczności – słabe opioidy lub opcjonalnie – wybrane leki przeciwdepresyjne (stosowane m. in. u pacjentów z bólem neuropatycznym) czy przeciwpadaczkowe.

W tym kontekście leczenia bólu warto również wspomnieć o zaakcentowanym wcześniej zespole serotoninowym, które może dotyczyć pacjentów łączących SSRI z tramadolem (a więc z rekomendowaną przez FDA alternatywą dla NLPZ). Chociaż powikłanie to bardzo rzadko występuje w przy monoterapii, w przypadku leczenia skojarzonego może dotyczyć znacznie szerszej grupy chorych. Szczegółowe symptomy oraz zalecane środki zaradcze przy podejrzeniu zespołu serotoninowego zostały zilustrowane w tabeli 1.

Tabela 1. Objawy oraz zasady postępowania u pacjenta z podejrzeniem zespołu serotoninowego



Zespół serotoninowy – objawy

Zespół serotoninowy może rozwinąć się bardzo szybko (kilka- do kilkanastu godzin). Do najczęstszych objawów zalicza się:

- zaburzenia świadomości,
- pobudzenie psychoruchowe,
- zlewne poty,
- dreszcze,
- drżenia mięśniowe,
- biegunkę,
- zaburzenia koordynacji ruchów,
- podwyższenie temperatury ciała,
- skurcze mięśni w postaci „zrywań” (mioklonie),

Częstość i okoliczności wystąpienia objawów

Jeżeli pojawiły się 3 lub więcej z powyższych objawów i:

- w ciągu ostatnich kilku tygodni został wprowadzony lek przeciwdepresyjny lub też została zwiększona jego dawka pacjent zaczął stosować dodatkowo (z jakiegokolwiek przyczyny) jakiś inny lek lub preparat sprzedawany bez recepty,
- objawy te nie wynikają z niebudzącej wątpliwości i potwierdzonej diagnozą lekarza innej przyczyny (np. infekcja, zatrucie),

Generalne zalecenie

Należy niezwłocznie skontaktować się z lekarzem lub udać do najbliższej placówki Szpitalnego Oddziału Ratunkowego celem wykluczenia zespołu serotoninowego.



Alergia i karmienie piersią

dr n. Farm. Magdalena Stolarczyk

www.farmaceuta-radzi.pl

farmaceutaradzi@op.pl

tel. 797-845-096

Sezon alergiczny w pełni. W naszych aptekach pojawia się coraz więcej pacjentów uskarżających się na uciążliwe objawy alergii. Przychodzą również mamy karmiące, które proszą o wydanie skutecznego leku na objawy alergii, będącego jednocześnie lekiem bezpiecznym dla dziecka karmionego piersią.

Czy mogą bezpiecznie przyjmować/stosować leki?

Kobiety w okresie laktacji mogą bezpiecznie przyjmować preparaty OTC zaliczane do następujących grup:

- krople do oczu zawierające w swoim składzie kromoglikan sodowy czy chlorowodorek azelestryny
- krople lub aerozole do nosa z kromoglikanem sodowym, chlorowodorkiem azelestryny, chlorowodorkiem difenhydraminy czy azotanem nafazolinę
- tabletki zawierające związki o działaniu przeciwhistaminowym np. dichlorowodorek cytryrzyny, loratadyne, desloratadyne

Substancje lecznicze mogą przenikać do mleka mamy tylko wtedy, kiedy znajdują się we krwi. A stężenie substancji leczniczej

w osoczu mamy jest najważniejszym czynnikiem wpływającym na stopień przenikania do mleka mamy i na stężenie substancji leczniczej w pokarmie. Dlatego też bardzo ważne jest miejsce podania leku. W przypadku mam karmiących najlepiej wybierać takie drogi podania leku, które zmniejszają ryzyko wchłaniania związku do krążenia ogólnego mamy – czyli leki podawane i działające miejscowo np. krople do oczu czy krople/aerozole do nosa.

Kromoglikan sodowy jest substancją czynną występującą w kroplach do oczu lub do nosa, zalecanych w przypadku objawów alergii. Po podaniu miejscowym w niewielkim stopniu wchłania się do krwi, w związku z tym jego przenikanie do pokarmu kobiecego jest mało prawdopodobne. Dotychczas nie opublikowano, żadnych danych dotyczących przenikania kromoglikanu do mleka mamy i jego niekorzystnego oddziaływania na dziecko karmione piersią. W związku z tym kromoglikan uznawany jest za kompatybilny z karmieniem piersią i jego stosowanie nie stanowi ryzyka dla dziecka karmionego piersią i dla procesu laktacji.

Inną substancją leczniczą, znajdującą się w kroplach do oczu czy nosa, stosowanych w przypadku objawów alergicznego nieżytku nosa lub alergicznego zapalenia spojówek jest azelastyna. Przy podaniu miejscowym niewielka jej ilość może wchłaniać się do krwi mamy a co za tym idzie również do mleka. Ale dotychczas nie opublikowano żadnych danych dotyczących stopnia przenikania azelastyny do mleka kobiecego. W związku z tym azelastyna klasyfikowana jest do leków prawdopodobnie bezpiecznych w czasie laktacji.

Oprócz leków stosowanych miejscowo, w przypadku objawów alergii, mamie karmiącej zalecane mogą być także leki doustne zawierające związki o działaniu przeciwhistaminowym.

Cetyryzyna może przenikać do mleka mamy w bardzo małych ilościach (ok 3% dawki). Dotychczas nie zarejestrowano, aby cetyryzyna przyjmowana przez mamę karmiącą wyotywała niekorzystny wpływ na zdrowie dziecka karmionego piersią. Dlatego też związek ten zaliczany jest do leków bezpiecznych w czasie laktacji, określanych jako zgodny z karmieniem piersią. W przypadku stosowania cetyryzyny w okresie karmienia piersią należy zsynchronizować przyjmowanie leku z karmieniem. Lek należy przyjmować bezpośrednio po karmieniu przed najdłuższą przerwą w karmieniu a z kolejnym przystawianiem dziecka do piersi należy odczekać ok 2 godziny.

Inną substancją leczniczą o działaniu przeciwhistaminowym dostępną w lekach OTC jest loratadyna. Loratadyna po podaniu doustnym szybko i dobrze wchłania się z przewodu pokarmowego i w dużym stopniu ulega metabolizmowi do desloratadyny, która jest czynna farmakologicznie i w dużym stopniu odpowiedzialna za działanie kliniczne. Zarówno loratadyna jak i jej metabolit desloratadyna mogą przenikać do mleka mamy. Niemniej jednak oba związki przenikają do pokarmu kobiecego w niewielkich ilościach i dotychczas nie wykazano, aby ich stosowanie przez kobiety w okresie laktacji wpływało niekorzystnie na dziecko karmione piersią. Oba związki określane są jako kompatybilne z karmieniem piersią, których stosowanie nie stanowi ryzyka dla dziecka karmionego piersią i dla procesu laktacji. W przypadku stosowania loratadyny i desloratadyny należy zsynchronizować czas podawania leku z karmieniem piersią. Lek należy przyjmować bezpośrednio po karmieniu, przed najdłuższą przerwą a z kolejnym przystawianiem dziecka należy wstrzymać się ok 1-4h.

Podsumowując, w przypadku objawów alergii u mamy karmiącej, mogą zostać zastosowane

preparaty o działaniu miejscowym lub tabletki doustne o działaniu przeciwhistaminowym (np. cetyryzyna, loratadyna, desloratadyna). Leki te mogą być stosowane przez kobiety w okresie laktacji wtedy, kiedy jest to konieczne, wtedy, kiedy jest to skonsultowane z lekarzem, we właściwych, rekomendowanych dawkach i przy zachowaniu odpowiednich środków ostrożności. Mogą też zostać zastosowane produkty wydawane na receptę, jeżeli lekarz uzna to za stosowne.

Bibliografia dostępna u Autorki



Receptura

mgr farm. Edyta Banaczewska-Duda,
mgr farm. Agnieszka Chodkowska
Zakład Farmacji Stosowanej,
Warszawski Uniwersytet Medyczny
e-mail: agnieszka.chodkowska@wum.edu.pl,
ebanaczewska@wum.edu.pl

Problemy w recepturze aptecznej. Prawidłowa klasyfikacja kodu postaci leku.

Osoba sporządzająca lek recepturowy w aptece jest zobowiązana według aktualnych przepisów przyporządkować poprawny kod do danej postaci leku.

Kody postaci leku recepturowego:

1. proszki dzielone do 20 sztuk;
2. proszki niedzielone proste i złożone do 80g;
3. czopki, globulki, pręciki do 12 sztuk;
4. roztwory, mikstury, zawiesiny



- oraz emulsje do użytku wewnętrznego do 250g;
5. płynne leki do stosowania zewnętrznego do 500g;
 6. maści, kremy, mazidła, pasty, żele do 100g;
 7. krople do użytku wewnętrznego i zewnętrznego do 40g;
 8. mieszanki ziołowe do 100g;
 9. pigułki do 30 sztuk;
 10. kleiny do 500g;
 11. krople do oczu, uszu i nosa, maści do oczu, uszu i nosa, sporządzane w warunkach aseptycznych do 10g.

Postaciami leku, które najczęściej budzą wątpliwości są zawiesiny i mazidła.

Definicja zawiesin i emulsji do użytku zewnętrznego (mazidła) znajduje się w FP X i FP XI rozdziale „Preparaty płynne stosowane na skórę”. „Preparaty płynne do stosowania na skórę są płynami o różnej lepkości przeznaczonymi do miejscowego lub przezskórnego

podania substancji czynnych. Są to roztwory, emulsje i zawiesiny zawierające jedną lub kilka substancji czynnych w odpowiedniej cieczy. Mogą zawierać odpowiednie środki konserwujące, przeciwutleniacze i inne substancje pomocnicze takie jak: stabilizujące, emulgatory i zwiększające lepkość. ...”

- Zawiesiny do użytku zewnętrznego, tzw. pudry płynne zawierają dużo substancji stałych (do 55%). W ich skład wchodzi zazwyczaj tlenek cynku i talk, gliceryna, woda lub woda wapienna. Oprócz tego mogą zawierać substancje o działaniu miejscowo znieczulającym, antyseptycznym, chłodziącym, przeciwbakteryjnym i przeciwzapalnym. Pudry płynne nazywane są również „papkami”. Jest to nazwa zwyczajowa, której nie znajdziemy w farmakopei i podręcznikach, ale często używana jest przez osoby wystawiające receptę. Ze względu na dużą zawartość substancji stałych zawiesiny mogą mieć gęstą

konsystencję. W związku z tym niektóre osoby mają wątpliwości, czy zakwalifikować lek do kodu 5 - płynne leki do stosowania zewnętrznego do 500g.

Przykłady recept:

1. Rp.

Zinci oxidi	20,0
Talci veneti	20,0
Glyceroli	40,0
Aquae	20,0
M.f. papka	

2. Rp.

Zinci oxidi	25,0
Talci veneti	25,0
Glycerini	25,0
Aquae Calcis	25,0
M.f. susp.	

Często zadawane pytania:

- Jaki kod postaci leku należy sprawozdawać do NFZ w przypadku pappek?
- Jak zakwalifikować postać leku na receptę? Jako lek płynny zewnętrzny, czy jako maść?

Maść to pólstała postać leku składająca się z podłoża maściowego i substancji leczniczych.

Według definicji zawiesina zewnętrzna (puder płynny, papka) jest to płynna postać leku, więc należy zaznaczyć 5 - płynne leki do stosowania zewnętrznego do 500g.

- Emulsje do użytku zewnętrznego, mazi-dła (linimenta) mają postać płynną lub półpłynną. Mogą mieć różnorodny skład. Zawierają: oleje, roztwory wodorotlenków, mydła, etanol, spirytus kamforowy, kamforę, amoniak. Złożony skład mazi-deł powoduje,

że są nietrwałe.

- Tworzą układy wielofazowe, mogą się rozdzielać (jednak po wstrząśnięciu powinny być jednorodne).

Przykłady recept:

3. Rp.

Lini olei	
Aq. Calcis	aa 50,0
M.f. linimentum	

4. Rp.

Ammonii hydroxydi sol.	20,0
Camphorati olei	ad 100,0
M.f. linimentum	
D.S. do nacierania	

Często zadawane pytania:

- Czy poprawnym będzie wycenienie leku jako mazidło?
- Czy powinniśmy wyceniać lek jako płyn do stosowania zewnętrznego?

Ad. 3. Mazidło wapienne (Linimentum Calcis, Linimentum Calcareum) składa się z oleju lnianego i wody wapiennej w równych częściach. W reakcji wodorotlenku wapnia z kwasami tłuszczowymi, które są zawarte w oleju lnianym, powstaje emulgator - mydło wapniowe. Mydło to stabilizuje wytworzoną podczas mieszania składników emulsję typu W/O.

Ad.4. W reakcji amoniaku z kwasami tłuszczowymi zawartymi w oleju kamforowym, powstaje mydło amonowe, które jest emulgatorem i stabilizuje emulsję typu O/W.

Z powyższego wynika, że przytoczone przykłady leków są to mazidła (emulsje do użytku zewnętrznego) i należy przyporządkować im kod 6 - maści, kremy, mazidła, pasty, żele do 100g.

Komunikat w sprawie obowiązku raportowania do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL)

Obowiązek raportowania do Zintegrowanego Systemu Monitorowania Obrotu Produktami Leczniczymi (ZSMOPL) został w skazany w ustawie Prawo Farmaceutyczne i miał obowiązywać od 1 stycznia 2017 roku. Jednak z wielu przyczyn nie było możliwości wdrożenia tego systemu zgodnie z założeniami. Najnowszy komunikat z Ministerstwa Zdrowia nakłada obowiązek przekazywania raportów dotyczących obrotu produktami od **1 października 2018** roku. W minionym tygodniu Sejm RP przyjął nowelizację ustawy PF w tym zakresie.

Zarówno apteki ogólnodostępne, apteki szpitalne, działy farmacji szpitalnej, hurtownie farmaceutyczne oraz producenci leków będą zobligowani do przekazywania elektronicznych raportów dobowych z przeprowadzanych transakcji w zakresie obrotu produktami leczniczymi o kategorii dostępności Rp, Rpz, Rpw i LZ oraz środkami spożywczymi specjalnego przeznaczenia żywieniowego i wyrobami medycznymi, które uzyskały decyzję refundacyjną. Działania te mają na celu zapobieganie nielegalnemu wywozowi leków z terytorium Polski a w konsekwencji poprawę bezpieczeństwa pacjenta poprzez przywrócenie dostępności do leków, nierzadko ratujących życie.





Poradnik prawny – RODO w Aptece

W związku z bardzo licznymi zapytaniami farmaceutów dotyczącymi stosowania w aptece przepisów „Ogólnego rozporządzenia o ochronie danych (RODO)” w związku z przetwarzaniem danych osobowych, Naczelna Izba Aptekarska postanowiła przygotować „PORADNIK PRAWNY DOTYCZĄCY STOSOWANIA W APTECE PRZEPISÓW RODO”, zwany dalej „Poradnikiem prawnym – RODO w Aptece”.

Poradnik został opracowany na polecenie prezes NRA – pani Elżbiety PIOTROWSKIEJ-RUTKOWSKIEJ, przez prawników Biura Prawnego NIA:

- radcę prawnego Krzysztofa Bakę (Koordynatora BP NIA);
- radcę prawnego Elżbietę Waniewską;

- aplikanta radcowskiego Pawła Kucharczyka.

W założeniu ww. dokument będzie rozszerzany, aktualizowany i modyfikowany.

Z Poradnika prawnego – RODO w Aptece korzystać mogą BEZPŁATNIE wszyscy farmaceuci zrzeszeni w samorządzie aptekarskim.

Wszelkie uwagi, propozycje zmian i pytania prosimy kierować na adres: nia@nia.org.pl

poradnik, instrukcja, dokumenty

1. PORADNIK PRAWNY DOTYCZĄCY STOSOWANIA W APTECE PRZEPISÓW RODO
2. INFORMACJA SKIEROWANA DO OSÓB, KORZYSTAJĄCYCH Z USŁUG APTEKI
3. OBJAŚNIENIE DO INFORMACJI Z PKT. 2
4. UPOWAŻNIENIE DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
5. UPOWAŻNIENIE PRACOWNIKA DO PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
6. UMOWA O POWIERZENIU PRZETWARZANIA DANYCH OSOBOWYCH
7. REJESTR CZYNNOŚCI PRZETWARZANIA
8. PISMO GIODO ws. RODO

<https://oia.waw.pl/rodo-komplet-dokumentow-poradnik-wzory/>

Sukces warszawskich Farmaceutów w Piłce Siatkowej

dr n. farm. Jerzy Żabiński

Z przyjemnością informujemy, że reprezentacja OIA w Warszawie zajęła II miejsce na drugich Mistrzostwach Polski Farmaceutów w Piłce Siatkowej w Lublinie rozgrywanych w dniach 13-15 kwietnia 2018 na sali sportowej Lubelskiego Uniwersytetu Medycznego. W tegorocznych zawodach wzięło udział 5 drużyn: Lublin 1 (1 miejsce), Łódź (3 miejsce), Lublin 2 (4 miejsce),

Kielce (5 miejsce). Nasza drużyna wystąpiła w składzie: Ewa Makowska (5), Tomasz Bala (13), kapitan - Przemysław Kiszka (7), Michał Moczarski (15), Piotr Rybarczyk (1), Mateusz Zięba (3), Jerzy Żabiński (2) oraz nasi dzielni studenci: Katarzyna Gorczyca (11), Zuzanna Rusak (9), Sebastian Kurzak (10), Maciej Starczewski (8). Reprezentacji naszej Izby gratulujemy sukcesu.



Wstępna agenda wrześniowego posiedzenia naukowo-szkoleniowego dla Pracowników Aptek

30.09.2018, Warszawa

Środki pomocnicze stosowane w syropach – co farmaceuta wiedzieć
powinien - *dr n.farm. Jerzy Żabiński*

Badania laboratoryjne - co zrobić żeby je prawidłowo zrobić? Wskazówki
w codziennej pracy w aptece - *prof. Paweł Olczyk*

Wsparcie kobiet w trakcie laktacji- pomoc na jaką można liczyć w aptece
(dobór sprzętu, wsparcie laktacji, najczęściej spotykane problemy) –
mgr poł. Agnieszka Muszyńska

Nowe leki przeciwzakrzepowe - *dr Piotr Gryglas*



Warszawa, dnia 14 czerwca 2018 r.

ul. S. Żeromskiego 77 lok.6
01-882 Warszawa
tel. 635-45-54

L. dz. 132 A / 2018

P.T.
Członkowie
Okręgowej Izby Aptekarskiej
w Warszawie

Szanowne Koleżanki i Szanowni Koledzy,

Okręgowa Rada Aptekarska OIA w Warszawie ponownie przypomina o obowiązku terminowego opłacania składek członkowskich z tytułu przynależności do Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie oraz opłacania ich we właściwej wysokości.

Należy przypomnieć, że z dniem 1 stycznia 2018 r. uległa zmianie wysokość składek członkowskich i obecnie podstawowa miesięczna składka farmaceuty niepełniącego funkcji kierowniczej wynosi 35 zł.¹

Z bieżącej analizy zestawienia wpływów z tytułu składek członkowskich wynika, że część członków naszej Izby nadal nie opłaca terminowo swoich zobowiązań z tego tytułu albo są one opłacane w wysokości innej niż aktualnie obowiązująca. Aktualny stan rozrachunków z tytułu składek członkowskich można sprawdzić logując się w strefie farmaceuty na stronie internetowej izby (www.warszawa.oia.org.pl).


Instrukcja logowania (login: nr PWZ, hasło: nr Pesel).

W celu uniknięcia problemów z terminowym uiszczaniem comiesięcznych składek członkowskich z tytułu przynależności do OIA w Warszawie, sugerujemy rozważenie możliwości wydania stałego zlecenia w Państwa Banku, co pozwoli na bieżące regulowanie tych należności.

Ustawa z dnia 19 kwietnia 1991 r. o izbach aptekarskich (Dz. U. z 2016r. poz. 1496) w art. 65, daje możliwość dochodzenia zaległości z tytułu składek członkowskich w trybie egzekucji administracyjnej.

W związku z powyższym w stosunku do osób, które nie będą się wywiązywały z obowiązku terminowego opłacania składek członkowskich zostaną podjęte odpowiednie środki egzekucyjne.

Uprzejmie zatem prosimy o niezwłoczne uregulowanie zaległości w należnych składkach członkowskich albo dopłacenie brakującej różnicy, nie później niż w terminie do końca sierpnia 2018 roku, bez konieczności sięgania po tak drastyczne środki egzekucyjne.

Zastępca Prezesa
Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Ewa Steckiewicz-Bartnicka

Zastępca Prezesa
Okręgowej Rady Aptekarskiej

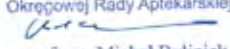
mgr farm. Wojciech Szkołpański

Skarbnik
Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Marian Witkowski

Sekretarz
Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Dorota Smółkowska

Prezes
Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Michał Byliniak

Zastępca Prezesa
Okręgowej Rady Aptekarskiej

mgr farm. Jakub Dorociak

¹ Aktualna wysokość składek członkowskich wynika z uchwały Nr 954/2017 Okręgowej Rady Aptekarskiej Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie z dnia 22 czerwca 2017 r. w sprawie wysokości składki członkowskiej w Okręgowej Izbie Aptekarskiej w Warszawie.

Prawo do korzystania poza kolejnością z usług farmaceutycznych udzielanych w aptekach posiadają:

- kobiety w ciąży;
- osoby do 18 roku życia na podstawie zaświadczenia lekarskiego;
- Zasłużeni Honorowi Dawcy Krwi;
- Zasłużeni Dawcy Przeszczepu;
- inwalidzi wojenni i wojskowi;
- kombatanci oraz niektóre osoby represjonowane będące ofiarami represji wojennych i okresu powojennego;
- działacze opozycji antykomunistycznej i osoby represjonowane z powodów politycznych.
- **osoby posiadające orzeczenie o znacznym stopniu niepełnosprawności (od 01.07.2018)**

/art. 47c Ustawy z dn. 27.08.2004r. o świadczeniach opieki zdrowotnej finansowanych ze środków publicznych - Dz.U. z 2016 r. poz. 1793 z późn. zm.

oraz

art. 1-4 ustawy z dn. 24.01.1991r. o kombatantach oraz niektórych osobach będących ofiarami represji wojennych i okresu powojennego - Dz. U. z 2016 r. poz. 1255 z późn. zm./



Z wielkim smutkiem
przyjeliśmy wiadomość o śmierci

Ś.P.
Pana

dr. hab. n. farm. Piotra Tomaszewskiego

Członka Okręgowej Izby Aptekarskiej w Warszawie, bardzo lubianego i cenionego przez studentów wieloletniego nauczyciela akademickiego Warszawskiego Uniwersytetu Medycznego,

Członka Polskiego Towarzystwa Farmaceutycznego, Kierownika Zakładu Biochemii II Wydziału Lekarskiego.

Panie Docencie, słuchanie Pana opowieści- zarówno tych dotyczących Cyklu Krebsa czy też podróży po najróżniejszych krainach pozostanie na zawsze w naszej pamięci. Współpraca z Panem była dla nas wszystkich pięknym doświadczeniem. Na zawsze pozostanie Pan w naszej pamięci.

Żonie: Pani dr n. farm. Grażynie Kubiak-Tomaszewskiej, Rodzinie oraz znajomym pragniemy złożyć najszczerze kondolencje.





- Możliwość skorzystania z **8 wizyt miesięcznie**
- Około **2150 obiektów** w Polsce
- Około **460 obiektów** na terenie województwa mazowieckiego,
- Około **245 obiektów** w Warszawie
- **Brak dodatkowych** opłat w obiektach
- **Łatwy i przejrzysty** system weryfikacji
- **Sam decydujesz** jak często korzystasz z wizyt
- **Atrakcyjna cena** programu
- Możliwość zgłoszenia **osób dodatkowych i dzieci**
- **Brak dodatkowych opłat** w obiektach

- Około **3500 obiektów** na terenie całej Polski
- Około **750 obiektów** na terenie województwa mazowieckiego
- Jesteśmy w około **555 miastach** w Polsce
- Około **415 obiektów** w Warszawie
- Około **1200 rabatów** z zakresu sportu, zdrowia, pielęgnacji, Spa i Wellness w ramach tej samej karty
- **Brak dopłat** w atrakcyjnych warszawskich obiektach
- **Jedyna Karta** bez dopłat w obiektach *
- **Brak przerw technicznych** między korzystaniem z różnych obiektów
- **Squash i tenis** - rabaty kwotowe, łączące się
- Możliwość zgłoszenia **osób towarzyszących i dzieci**

KOSZTY KARTY FITSPORT

Koszt karty dla członka **59 pln / mc**

Dla osoby towarzyszącej **109 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet pełny do 15 roku życia **89 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet basen do 15 roku życia **36,90 pln / mc**

Wyszukiwarka obiektów: www.fitprofit.pl/obiekty

KOSZTY KARTY FITPROFIT

Koszt karty dla członka **125 pln / mc**

Dla osoby towarzyszącej **149 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet pełny do 15 roku życia **89 pln / mc**

Dla dziecka: pakiet basen do 15 roku życia **36,90 pln / mc**

Wyszukiwarka obiektów: www.fitprofit.pl/obiekty

* aktywności do których istnieje konieczności uiszczenia dodatkowej. Opłaty, wskazane są w rabatach

Wyszukiwarka obiektów: www.kartafitsport.pl/obiekty oraz www.kartafitsport.pl/obiekty

SPOSÓB ZGŁASZANIA: Wstępne zgłoszenia do programu

prosimy przesyłać na adres mailowy: fit@oia.waw.pl do dnia 10 czerwca 2017 r.