تجویز فقط با نسخه پزشک

کاردیوسین

آدنوزین تزریقی USP ۳ میلی‌گرم بر میلی‌لیتر، ۲ میلی‌لیتر
فقط برای تزریق سریع داخل وریدی
محلول جهت تزریق

ترکیبات:
هر ۱ میلی لیتر شامل:
آدنوزین USP: ۳ میلی گرم
سدیم کلراید BP: ۹ میلی گرم
آب جهت تزریق BP: به مقدار لازم (q.s.)

موارد مصرف

درمان سریع تاکی کاردی‌های فوق بطنی حمله‌ای شامل مسیرهای فرعی های پس (سندرم ولف - پارکینسون- وایت)
و تغییر ریتم قلبی به ریتم سینوسی طبیعی

کودکان:
تغییر سریع به ریتم سینوسی طبیعی در تاکی کاردی‌های فوق بطنی حمله‌ای در کودکان ۰ تا ۱۸ سال

موارد تشخیصی:
• کمک به تشخیص تاکی کاردی‌های فوق بطنی با کمپلکس پهن یا باریک، اگرچه تزریق آدنوزین فلوتر دهلیزی، فیبریلاسیون دهلیزی یا تاکی کاردی بطنی را به ریتم سینوسی تبدیل نمی کند، اما کند شدن هدایت دهلیزی- بطنی به تشخیص فعالیت دهلیزی کمک می کند.
• افزایش حساسیت [و دقت] بررسی‌های الکتروفیزیولوژیک داخل حفره‌ای

مقدار و نحوه مصرف

آدنوزین باید فقط در یک بیمارستان مجهز استفاده شود که در آن امکان استفاده فوری از تجهیزات مانیتورینگ و احیای قلبی تنفسی در دسترس باشد.
آدنوزین باید به صورت تزریق سریع داخل وریدی (بولوس) یا به داخل کاتتر وریدی تجویز شود. در صورت تزریق به داخل کاتتر وریدی، باید تا حد امکان از قسمت پروگزیمال تزریق شود و به دنبال آن، شستشوی سریع با محلول نمکی انجام شود. در صورت تجویز از طریق ورید محیطی، باید از یک کانولای بزرگ استفاده شود.
در طول تجویز آدنوزین، تجهیزات احیای قلبی- تنفسی باید در دسترس باشد تا در صورت لزوم فوراً مورد استفاده قرار گیرند.
تجویز آدنوزین باید همراه با پایش مداوم باشد و ثبت نوار قلبی در طول تجویز در نظر گرفته شود.
بیمارانی که به یک دوز مشخص دچار بلوک AV درجه بالا می‌شوند، نباید دوزهای بیشتری دریافت کنند.

مقدار و نحوه ی صحیح مصرف دارو

بزرگسالان:
دوز شروع: ۳ میلی گرم بصورت تزریق سریع داخل وریدی (بولوس) (طی ۲ ثانیه).
دوز دوم: اگر دور اول منجر به رفع تاکی کاردی فوق بطنی در عرض ۱ تا ۲ دقیقه نشد، ۶ میلی‌گرم دیگر به صورت تزریق سریع داخل وریدی (بولوس) تجویز شود.
دوز سوم: اگر دوز دوم منجر به رفع تاکی‌کاردی فوق بطنی در عرض ۱ تا ۲ دقیقه نشد، ۱۲ میلی‌گرم دیگر به صورت تزریق سریع داخل وریدی (بولوس) تجویز شود.
دوزهای بیشتر توصیه نمی‌شود.

کودکان:
در طول تجویز آدنوزین، تجهیزات احیای قلبی- تنفسی باید در دسترس باشند تا در صورت لزوم فوراً مورد استفاده قرار گیرند.
تجویز آدنوزین باید همراه با پایش مداوم بوده و ثبت نوار قلبی در طول تجویز در نظر گرفته شود.
دوز توصیه شده برای درمان تاکی کاردی فوق بطنی حمله‌ای در کودکان به شرح زیر است:
- دوز اولیه بولوس ۰/۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن (حداکثر دوز ۶ میلی‌گرم)
- در صورت نیاز، دارو به میزان ۰/۱ میلی‌گرم به ازای هر کیلوگرم وزن بدن افزایش می‌یابد تا تاکی کاردی فوق بطنی برطرف گردد. (حداکثر دوز ۱۲ میلی‌گرم)

سالمندان:
به توصیه‌های دوز برای بزرگسالان مراجعه کنید.

دوز تشخیصی:
برنامه افزایش دوزی که در بالا به آن اشاره شد باید تا زمانی که اطلاعات تشخیصی کافی به دست آید، اجرا شود.

نحوه مصرف: فقط تزریق وریدی سریع

موارد منع مصرف

آدنوزین برای بیماران زیر منع مصرف دارد:
• حساسیت شناخته شده به آدنوزین یا هر یک از مواد جانبی
• سندرم سینوس بیمار، بلوک دهلیزی- بطنی درجه دو یا سه (به جز در بیمارانی که پیس میکر مصنوعی فعال دارند)
• بیماری انسدادی مزمن ریه یا شواهدی از برونکواسپاسم (مثلاً آسم برونشیال)
• سندرم QT طولانی
• افت شدید فشار خون
• نارسایی قلبی جبران نشده

احتیاطات و هشدارها

هشدارهای ویژه:
با توجه به احتمال آریتمی‌های قلبی گذرا که در حین تبدیل تاکی کاردی فوق بطنی به ریتم سینوسی طبیعی ایجاد می‌شوند، تجویز باید در بیمارستان همراه با مانیتورینگ و تجهیزات احیای قلبی- تنفسی در دسترس برای استفاده فوری انجام شود. در حین تجویز، پایش مداوم نوار قلبی ضروری است زیرا ممکن است آریتمی تهدیدکننده زندگی رخ دهد.
از آنجایی که آدنوزین می‌تواند باعث افت فشار خون قابل توجه شود، تزریق آن باید در بیماران مبتلا به تنگی عروق کرونر چپ، هیپوولمی اصلاح نشده، بیماری دریچه‌ای قلب، شانت چپ به راست، پریکاردیت یا افیوژن پریکارد، اختلال عملکرد سیستم عصبی خودکار یا بیماری تنگی شریان کاروتید همراه با نارسایی عروقی مغزی با احتیاط انجام شود. گزارش‌هایی از سکته مغزی یا حمله ایسکمیک گذرا، ناشی از اثرات هومودینامیک آدنوزین، وجود دارد. گزارش‌هایی از انفارکتوس میوکارد اندکی پس از استفاده از آدنوزین وجود دارد. آدنوزین باید در بیمارانی که به تازگی دچار انفارکتوس میوکارد شده اند و یا نارسایی شدید قلبی دارند یا در بیماران مبتلا به عیوب هدایتی جزئی (بلوک درجه یک A-V، بلوک شاخه‌ای) که می‌توانند به طور گذرا در طول تزریق تشدید شوند، با احتیاط مصرف شود. آدنوزین باید در بیماران مبتلا به فیبریلاسیون دهلیزی با فلوتر و به ویژه در افرادی که دارای مسیر فرعی های پس هستند، با احتیاط مصرف شود زیرا به ویژه در مورد دوم ممکن است باعث افزایش هدایت در مسیر غیرعادی گردد.
موارد نادری از بروز برادی‌کاردی شدید پس از تزریق دارو گزارش شده است که تعداد کمی از آنها اندکی پس از پیوند و در موارد دیگر، در بیماران با مشکلات مخفی سینوسی- دهلیزی اتفاق افتاده است. بروز برادی‌کاردی شدید باید به عنوان هشداری برای بیماری زمینه‌ای در نظر گرفته شود و می‌تواند به طور بالقوه وقوع تورسادد دو پوئن (torsades de pointes) را، به ویژه در بیمارانی که فاصله QT طولانی دارند، افزایش دهد. مشاهده شده است در بیمارانی که اخیراً پیوند قلب انجام داده باشند (کمتر از ۱ سال)، حساسیت [واکنش و پاسخ] قلب به آدنوزین بیشتر می شود.
از آنجایی که کلیه و کبد در تجزیه آدنوزین اگزوژن دخیل نیستند، اثربخشی تزریق آدنوزین تحت تأثیر نارسایی کبدی یا کلیوی قرار نمی گیرد. از آنجایی که دی پیریدامول مهارکننده جذب [حذف] آدنوزین است، ممکن است اثر آدنوزین را تقویت کند، بنابراین توصیه می‌شود که آدنوزین در بیمارانی که دی پیریدامول دریافت می کنند، تجویز نشود؛ اگر استفاده از آدنوزین ضروری است، ۲۴ ساعت قبل از تزریق آن، مصرف دی پیریدامول قطع شود یا دوز آدنوزین به میزان قابل توجهی کاهش یابد.

احتیاطات:
در صورت بروز آنژین صدری، برادی کاردی شدید، افت شدید فشار خون، نارسایی تنفسی کشنده یا آسیستول یا بست قلبی کشنده مصرف دارو بلافاصله قطع گردد.
آدنوزین ممکن است در بیمارانی که مستعد تشنج هستند، باعث بروز تشنج شود. در بیمارانی که سابقه صرع و تشنج دارند، تجویز آدنوزین باید به دقت پایش شود.
به دلیل خطر احتمالی تورسادد دو پوئن (torsades de pointes)، تزریق آدنوزین باید در بیماران با فاصله QT طولانی، چه ناشی از دارو باشد و چه منشأ متابولیک داشته باشد، با احتیاط انجام شود. **تزریق آدنوزین در بیماران مبتلا به سندرم QT طولانی منع مصرف دارد.** آدنوزین ممکن است برونکواسپاسم را تسریع یا تشدید کند.
آدنوزین حاوی تقریباً ۷ میلی‌گرم سدیم در هر ویال تزریقی (۲ میلی‌لیتر) است، بنابراین اساساً بدون سدیم در نظر گرفته می شود.

کودکان:
آدنوزین ممکن است باعث آریتمی‌های دهلیزی شود و بنابراین ممکن است منجر به افزایش سرعت یا ریتم تند بطنی (ventricular acceleration) در کودکان مبتلا به سندرم ولف-پارکینسون - وایت (WPW) شود. اثربخشی تزریق داخل استخوانی هنوز به اثبات نرسیده است.

تداخلات دارویی و سایر تداخلات

دی پیریدامول جذب و متابولیسم سلولی آدنوزین را مهار و اثرات آن را تقویت می‌کند در یک مطالعه نشان داده شد که دی پیریدامول باعث افزایش ۴ برابری اثرات آدنوزین می‌شود. آسیستول پس از تجویز همزمان این دو دارو گزارش شده است. بنابراین توصیه می‌شود که آدنوزین در بیمارانی که دی پیریدامول دریافت می‌کنند، تجویز نشود؛ اگر استفاده از آدنوزین ضروری است، ۲۴ ساعت قبل از تزریق آن، مصرف دی پیریدامول قطع شود یا دوز آدنوزین به میزان قابل توجهی کاهش یابد.
آمینوفیلین، تئوفیلین و سایر گزانتین‌ها آنتاگونیست‌های رقابتی آدنوزین هستند و باید ۲۴ ساعت قبل از مصرف آدنوزین از مصرف آنها خودداری شود.
از مصرف غذاها و نوشیدنی‌های حاوی گزانتین (چای، قهوه، شکلات و کولا) حداقل ۱۲ ساعت قبل از تزریق آدنوزین خودداری شود.
آدنوزین ممکن است با داروهایی که باعث اختلال در هدایت قلبی می‌شوند، تداخل داشته باشد.

بارداری و شیردهی

بارداری:
داده‌های محدودی در مورد استفاده از آدنوزین در دوران بارداری موجود است. مطالعات حیوانی نیز در مورد سمیت تولید مثلی کافی نمی باشد لذا استفاده از آن در دوران بارداری توصیه نمی شود مگر اینکه پزشک مزایای آن را از خطرات احتمالی بیشتر بداند.

شیردهی:
ترشح متابولیت های آدنوزین در شیر مادر نامشخص است، لذا استفاده از آن در دوران شیردهی توصیه نمی شود.

تأثیرات بر توانایی رانندگی و استفاده از ماشین آلات

اطلاعاتی در دسترس نیست.

عوارض جانبی

عوارض جانبی عموماً خفیف و کوتاه مدت (معمولاً کمتر از ۱ دقیقه) است و به خوبی توسط بیمار تحمل می‌شوند. با این حال، واکنش‌های شدید نیز می‌تواند رخ دهد.
متیل گزانتین‌ها، مانند آمینوفیلین یا تئوفیلین داخل وریدی (۵۰ تا ۱۲۵ میلی‌گرم با تزریق آهسته داخل وریدی) برای برطرف کردن عوارض جانبی مزمن استفاده شده‌اند.
فراوانی بروز عوارض جانبی به شکل زیر طبقه بندی می شود:
خیلی شایع: بیشتر از یک در ۱۰ نفر
شایع: بیشتر از یک در ۱۰۰ نفر و کمتر از یک در ۱۰ نفر
غیر شایع: بیشتر از یک در ۱۰۰۰ نفر و کمتر از یک در ۱۰۰ نفر
نادر: بیشتر از یک در ۱۰۰۰۰ نفر و کمتر از یک در ۱۰۰۰ نفر
خیلی نادر: کمتر از یک در ۱۰۰۰۰ نفر
ناشناخته: با داده های موجود نمی توان شیوع آن را تخمین زد.

اختلالات سیستم ایمنی:
ناشناخته: واکنش آنافیلاکتیک (شامل آنژیوادم و واکنش‌های پوستی مانند کهیر و بثورات پوستی).
اختلالات قلبی:
خیلی شایع: برادی کاردی، وقفه سینوسی، ضربان‌های یک در میان، اکستراسیستول‌های دهلیزی، بلوک دهلیزی- بطنی، اختلالات تحریک‌پذیری بطنی مانند اکستراسیستول‌های بطنی، تاکی کاردی بطنی غیر دائم (non-sustained).
غیرشایع: تاکی کاردی سینوسی، تپش قلب
خیلی نادر: فیبریلاسیون دهلیزی، برادی کاردی شدید که با آتروپین اصلاح نمی‌شود و احتمالاً نیاز به ضربان‌ساز موقت دارد، اختلالات تحریک‌پذیری بطنی، از جمله فیبریلاسیون بطنی و تورساد دو پوئن (torsades de pointes)
ناشناخته: آسیستول یا بست قلبی گاهی اوقات کشنده، به خصوص در بیماران مبتلا به بیماری ایسکمیک قلبی یا اختلال قلبی زمینه‌ای، اسپاسم عروق کرونر که ممکن است منجر به انفارکتوس میوکارد شود.
اختلالات عروقی:
خیلی شایع: گرگرفتگی
ناشناخته: افت فشار خون (گاهی اوقات شدید)
اختلالات سیستم عصبی:
شایع: سردرد، سرگیجه، احساس سبکی سر، پارستزی
غیرشایع: احساس فشار در سر
خیلی نادر: تشدید گذرا و خودبه‌خودی و برگشت‌پذیر افزایش فشار خون داخل جمجمه
ناشناخته: از دست دادن هوشیاری/سنکوپ، تشنج، به‌ویژه در بیماران مستعد
اختلالات چشمی:
غیرشایع: تاری دید
اختلالات تنفسی، قفسه سینه و مدیاستن:
خیلی شایع: تنگی نفس (یا نیاز به تنفس عمیق)
غیرشایع: هیپروونتیلاسیون [افزایش تعداد تنفس در دقیقه نسبت به تعداد معمول]
خیلی نادر: برونکواسپاسم
ناشناخته: نارسایی تنفسی، آپنه یا بست تنفسی
مواردی از نارسایی تنفسی، برونکواسپاسم، آپنه و ایست تنفسی مرگبار گزارش شده است.
اختلالات گوارشی:
شایع: حالت تهوع
غیرشایع: طعم فلزی
ناشناخته: استفراغ
اختلالات روانپزشکی:
شایع: عصبانیت
اختلالات عمومی و محل تزریق:
خیلی شایع: درد یا فشار قفسه سینه، احساس انقباض یا فشار در قفسه سینه
شایع: احساس سوزش
غیرشایع: تعریق، ناراحتی در پا، بازو یا کمر، احساس ناراحتی عمومی، ضعف یا درد
خیلی نادر: واکنش‌های موضعی محل تزریق

مصرف بیش از اندازه (اوردوز)

مصرف بیش از اندازه باعث افت شدید فشار خون، برادی کاردی یا آسیستول می‌شود. نیمه عمر آدنوزین در خون بسیار کوتاه است و عوارض جانبی (در صورت بروز) به سرعت برطرف می‌شوند، ممکن است تجویز آمینوفیلین یا تئوفیلین وریدی مورد نیاز باشد. ارزیابی فارماکوکینتیک نشان می‌دهد که متیل گزانتین‌ها آنتاگونیست‌های رقابتی آدنوزین هستند و تئوفیلین در غلظت‌های درمانی اثرات برون‌زای آن (آدنوزین) را مسدود می‌کند.

گزارش عوارض جانبی

اگر دچار عوارض جانبی شدید، با پزشک یا داروساز خود مشورت کنید. این موضوع شامل هر عارضه جانبی که در برگه راهنمای دارو ذکر نشده است نیز می باشد.
هرگونه عارضه جانبی را در قسمت "گزارش عوارض جانبی دارو" در سایت www.tadbirkala.ir، یا با تماس با شماره تلفن ۰۲۱۸۸۶۶۸۷۰۰-۶ داخلی گزارش عوارض جانبی و مشاوره دارویی و یا با ارسال ایمیل به نشانی پستی drug.safety@tadbirkala.com گزارش دهید. با گزارش عوارض جانبی می‌توانید به ارائه اطلاعات بیشتر در مورد ایمنی واثر بخشی داروها کمک کنید.

خصوصیات فارماکولوژیک

ویژگی های فارماکودینامیک دارو

کد دسته بندی دارویی (ATC Code): سایر فرآورده های قلبی **C01EB10**
نوکلئوزید درون‌زا با اثر گشادکننده عروق محیطی/ ضد آریتمی
داروی ضد آریتمی آدنوزین یک نوکلئوزید پورینی است که در تمام سلول‌های بدن وجود دارد.
مطالعات فارماکولوژی حیوانی در چندین گونه نشان داده است که آدنوزین اثر درمووتروپیک منفی (کاهش دهنده سرعت هدایت) بر گره دهلیزی- بطنی (AV) دارد.
در انسان، آدنوزین که به صورت تزریق سریع داخل وریدی تجویز می‌شود، باعث کند شدن هدایت از طریق گره دهلیزی- بطنی (AV) می‌شود. این عمل می‌تواند مدارهای ورود مجدد (re-entry) شامل گره دهلیزی- بطنی (AV) را قطع کرده و ریتم سینوسی طبیعی را به بیماران مبتلا به تاکی کاردی‌های فوق بطنی حمله‌ای برگرداند. به محض قطع مدار، تاکی کاردی متوقف شده و ریتم سینوسی طبیعی دوباره برقرار می‌شود.
معمولاً یک وقفه حاد در مدار برای متوقف کردن تاکی‌کاردی کافی است.
از آنجایی که فیبریلاسیون دهلیزی و فلوتر دهلیزی گره AV را به عنوان بخشی از مدار ورود مجدد (re-entry) درگیر نمی کنند، آدنوزین این آریتمی‌ها را برطرف نمی کند.
با کاهش گذرای هدایت دهلیزی- بطنی (AV)، ارزیابی فعالیت دهلیزی از روی ثبت نوارقلبی (ECG) آسان‌تر می‌شود و بنابراین استفاده از آدنوزین می‌تواند به تشخیص تاکی کاردی‌های کمپلکس پهن یا باریک کمک کند.
آدنوزین ممکن است در طول مطالعات الکتروفیزیولوژیک برای تعیین محل بلوک دهلیزی- بطنی (AV) یا در برخی موارد پیش تحریک، برای تعیین اینکه آیا هدایت از طریق مسیر فرعی یا از طریق گره دهلیزی- بطنی (AV) رخ می‌دهد، مفید باشد.

کودکان:
مطالعه کنترل‌شده‌ای در کودکان برای برطرف کردن تاکی کاردی فوق بطنی حمله‌ای (PSVT) با آدنوزین انجام نشده است، با این حال، ایمنی و اثربخشی آدنوزین در کودکان ۰ تا ۱۸ سال مبتلا به PSVT بر اساس استفاده بالینی گسترده و داده‌های موجود در مقالات (مطالعات این لیبل، گزارش‌های موردی، دستورالعمل‌های بالینی) به اثبات رسیده است.
با مرور بر منابع، ۱۴ مطالعه شناسایی شد که در آنها از آدنوزین وریدی برای خاتمه سریع تاکی کاردی فوق بطنی (SVT) در حدود ۴۵۰ کودک از سن ۶ ساعت تا ۱۸ سال استفاده شده بود. مطالعات از نظر سن و برنامه‌های دوز ناهمگن بودند. SVT در ۷۲ تا ۱۰۰ درصد موارد در اکثر مطالعات منتشر شده برطرف شده بود. دوزهای مورد استفاده از ۳۷/۵ میکروگرم بر کیلوگرم تا ۴۰۰ میکروگرم بر کیلوگرم متغیر بود. چندین مطالعه عدم پاسخ به دوزهای اولیه کمتر از ۱۰۰ میکروگرم بر کیلوگرم را مورد بحث قرار دادند.
بسته به سابقه بالینی، علائم و یافته های نوار قلبی (ECG) کودک، آدنوزین در بالین تحت نظارت متخصص در کودکان مبتلا به تاکی کاردی کمپلکس QRS پهن پایدار و سندرم ولف-پارکینسون- وایت استفاده شده است، با این حال داده‌های موجود فعلی از اندیکاسیون استفاده در کودکان پشتیبانی نمی کنند. در مجموع ۶ مورد آریتمی به دنبال مصرف آدنوزین (۳ مورد فیبریلاسیون دهلیزی، ۲ مورد فلوتر دهلیزی، ۱ مورد فیبریلاسیون بطنی) در ۶ کودک ۰ تا ۱۶ ساله با سندرم WPW آشکار یا پنهان مشخص شده است که از این تعداد ۳ مورد خود به خود بهبود یافته و ۳ مورد نیاز به آمیودارون +/- کاردیوورژن داشته‌اند.
آدنوزین به عنوان کمک به تشخیص تاکی کاردی‌های فوق بطنی کمپلکس پهن یا باریک در دوزهای مشابه که برای درمان تاکی کاردی فوق بطنی استفاده شده است، بکار رفته است. اگرچه آدنوزین فلوتر دهلیزی، فیبریلاسیون دهلیزی یا تاکی کاردی بطنی را به ریتم سینوسی تبدیل نمی کند، اما کند شدن هدایت دهلیزی- بطنی به تشخیص فعالیت دهلیزی کمک می کند. با این حال، داده‌های موجود فعلی از اندیکاسیون استفاده از آدنوزین برای اهداف تشخیصی در کودکان پشتیبانی نمی کنند.

ویژگی های فارماکوکینتیک

مطالعه آدنوزین در مطالعات فارماکوکینتیک کلاسیک غیرممکن است. این ماده به اشکال مختلف در تمام سلول‌های بدن وجود دارد و نقش مهمی در سیستم‌های تولید و استفاده از انرژی ایفا می کند. یک سیستم بازیابی و بازیافت کارآمد در بدن، عمدتا در گلبول‌های قرمز و سلول‌های اندوتلیال رگ‌های خونی وجود دارد. نیمه عمر آن در شرایط آزمایشگاهی (in vitro) کمتر از ۱۰ ثانیه تخمین زده می‌شود. نیمه عمر آن در جانداران (in vivo) ممکن است حتی کوتاه‌تر باشد.

داده‌های ایمنی پیش‌بالینی

هیچ داده پیش‌بالینی مرتبط (مفیدی) برای [پزشک] تجویزکننده وجود ندارد که اطلاعات بیشتری بر داده‌های موجود در سایر بخش‌های SPC ارائه کند.

ناسازگاری‌ها

در صورت عدم وجود مطالعات سازگاری، این دارو نباید با سایر داروها مخلوط شود.

احتیاطات ویژه برای دفع و سایر موارد جانبی

در صورت مشاهده هرگونه ذره یا تغییر رنگ در محلول، دارو را استفاده نکنید.
داروی استفاده نشده و یا مواد زائد باید مطابق با الزامات مربوطه دفع شود.

شرایط نگهداری

در دمای کمتر از ۳۰ درجه سانتی گراد و به دور از نور نگهداری شود. **دور از دسترس کودکان نگهداری شود.**

شکل دارویی و نوع بسته بندی

شکل دارویی: محلول تزریقی
نوع بسته بندی: موجود در ویال شیشه ای.

دارنده پروانه ساخت و محل ساخت: شرکت SWISS PARENTERAL LTD., INDIA
نمایندگی در ایران: شرکت تدبیر کالای جم
www.tadbirkala.com
تلفن: ۸۸۶۶۸۷۰۰-۰۲۱