|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان فرم :** بازرسی داروخانه های مراکز بهداشتی- درمانی واگذار شده به بخش خصوصی | **بسمه تعالي** arm copy**معاونت غذا و دارو** | **تاريخ :**  |
|  **شماره فرم :** 02-48-55 | **شماره ثبت :**  |
| **فرم بازرسی داروخانه های مراکز بهداشتی- درمانی واگذار شده به بخش خصوصی**

|  |
| --- |
| نام مرکز بهداشتی درمانی : تاریخ واگذاری : مدت قرارداد :نام مستاجر : ساعت بازدید : |

1. آیا نظافت و آراستگی داروخانه مطلوب می باشد ؟ بلي□ خير□ تا حدودي□
2. آیا فهرست داروهای موجود در داروخانه براساس دستورالعمل برنامه بیمه روستایی می باشد ؟

 بلي□ خير□ 1. آیا کمبود دارویی مربوط به داروهایی است که کمبود آنها به صورت فراگیر می باشد ؟

اگر پاسخ منفي است علت ذكر شود. بلي□ خير□ 1. آیا هزینه نسخه پیچی معادل تعرفه مصوب از بیماران دریافت می شود ؟

 بلي□ خير□ 1. آیا کلیه ضوابط سازمانهای بیمه طرف قرارداد در نحوه ارائه خدمت به بیمه شدگان رعایت می گردد ؟

مهر و امضای پشت نسخه □ درج حداقل قیمت دتروهای چند قیمتی □کاربن گذاری و قیمت زنی در حضور بیمار □ نگهداری نسخ سفید یا دفترچه بیمه در داروخانه □1. آیا در زمان دهگردشی پزشک خانواده مسئول داروخانه همراه پزشک داروهای مورد نیاز را دراختیار بیماران قرار می دهد؟ بلي□ خير□
2. آیا داروهای اورژانسی برای شیفت شب در اختیار پزشک خانواده قرار دارد ؟

 بلي□ خير□ 1. آیا همکاری با بازرسین به نحو مطلوب صورت می گیرد ؟ بلي□ خير□

 تعداد پرسنل در هر شیفت صبح : عصر :

|  |
| --- |
| سایر موارد مشاهده شده :پیشنهادات : |

**نام و امضای مستاجر داروخانه : نام و امضای کارشناس بازدید کننده :** |