|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **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 :** | | |