|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **عنوان فرم :** فرم بازدید از داروخانه مراکز بهداشتی | **بسمه تعالي**  arm copy  **معاونت غذا و دارو** | **تاریخ :** |
| **شماره فرم :**02-95-55 | **شماره ثبت :** |
| **شبکه بهداشت و درمان ...................................**  **مرکز بهداشتی درمانی ...................................**  مسئول داروخانه : پست سازمانی : تاریخ :   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **عنوان** | **آگاهی** | | **عملکرد** | |  | **عنوان** | **آگاهی** | | **عملکرد** | | | 1- استفاده مسئول داروخانه از روپوش سفید | ــ | ــ | 1 |  |  | 10- تحویل دارو فقط با ارائه نسخه پزشک | 1 |  | 3 |  | | 2- نظم و نظافت داروخانه و قفسه های دارویی | ــ | ــ | 3 |  |  | 11- مطابقت قیمت گذاری نسخ طبق آخرین قیمتهای مصوب | 1 |  | 3 |  | | 3- ایجاد فهرست اقلام دارویی در دفتر دارو و ثبت بهای واحد اقلام در سرفصلهای مربوطه و تهیه لیست ثابت داروهای سیاری | 2 |  | 3 |  |  | 12- مطابقت تعرفه باطل شده هر نسخه با قیمت آن | 2 |  | 4 |  | | 4- نوشتن دفتر دارویی مطابق ترتیب داروهای دارونامه (فرم درخواست) و ثبت آمار مصرف روزانه مطابق با نسخ موجود | 2 |  | 4 |  |  | 13- مطابقت تعداد ویزیت قیدشده در فرم شماره 7 با دفتر پذیرش | 1 |  | 3 |  | | 5- تنظیم دادخواست دارویی با در نظرخواهی از واحدهای مرکز و ارسال آن طبق برنامه زمانبندی و ثبت کامل اقلام دریافتی در دفتر دارو و بایگانی منظم آن | 1 |  | 4 |  |  | 14- استفاده از فرم شماره 9 یا اتیکت مربوط به تاریخ انقضاء و قیمت اقلام دارویی و صحت ثبت آن | 2 |  | 4 |  | | 15- تكميل فرمهاي شماره 11 و 7 و 6 و صحت آنها | 2 |  | 6 |  | | 6- مطابقت ارقام ثبت شده در ستون موجودی و میانگین ماهیانه مصرف در فرم درخواست با دفتر دارویی در زمان تنظیم | 1 |  | 2 |  |  | 16- عدم وجود دارو و تجهيزات تاريخ گذشته در داروخانه | ــ |  | 5 |  | | 7- بایگانی نسخ آزاد و قبوض پشت نویسی شده نسخ بیمه بطور روزانه و مرتب | 2 |  | 3 |  |  | 17- راهنماي بيماران در مورد نحوه صحيح مصرف دارو توسط مسئول داروخانه | 1 |  | 2 |  | | 8- آگاهی مسئول داروخانه از دارو و تجهیزات خارج تعهد بیمه ها و محاسبه و دریافت وجه آن از بیماران و عواملی که سبب کسورات می گردد | 2 |  | 4 |  |  | 18- ترتيب داروها در قفسه هاي دارويي از نظر شكل و نگهداري آنها در شرايط مناسب | 2 |  | 3 |  | | 9- رعایت اولویت داروهای تاریخ نزدیک جهت مصرف و گزارش به موقع داروهای مازاد و تاریخ نزدیک به انبار دارویی | 2 |  | 4 |  |  | 19- كنترل و نظارت بر نحوه مصرف دارويي خانه هاي بهداشت و واحدهاي تنظيم خانواده تحت پوشش | 1 |  | 4 |  |   20 – مطابقت موجودي دفتر دارويي با قفسه (5 مورد)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **اقلام كنترل شده** | **موجودي دفتر** | **موجودي قفسه** | **كسري** | **اضافي** | **اقلام كنترل شده** | **موجودي دفتر** | **موجودي قفسه** | **كسري** | **اضافي** | هر مورد 2 امتياز | ـــ |  | 10 |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | مجموع امتيازات | 25 |  | 75 |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | **سؤالات كلي :** | **بلي خير** |  | **بلي خير** | | 1- آيا طبق برنامه زمانبندي دارو به واحد تحويل گرديده | □ □ | 3- آيا كليه فرمهاي مربوط به نظام نوين به اندازه كافي در اختيار مركز قراردارد. | □ □ | | 2- آيا مبلغ و تاريخ انقضاء در حواله انبارهاي صادره ثبت شده | □ □ | 4- با توجه به ضوابط موجود بازرسي مدون از مركز صورت گرفته | □ □ |   **خلاصه گزارش :**   |  | | --- | |  |   **امضاء مسئول داروخانه مهر و امضاء رئيس مركز امضاء بازديد كننده** | | |