فرم گزارش فصلی کارشناس دارویی شبکه‌های بهداشت و درمان

|  |  |
| --- | --- |
| شبکه بهداشت و درمان: ......... | نام کارشناس: ...... |
| 1. تعداد بازرسی انجام شده از داروخانه‌های خصوصی: ........................................... |
| شیفت صبح: ............ | شیفت عصر: ............ | شیفت شب: ............ | روز تعطیل: ............ |
| 2. تعداد عدم حضور مسئول فنی داروخانه‌های خصوصی: ........................................... |
| شیفت صبح: ............ | شیفت عصر: ............ | شیفت شب: ............ | روز تعطیل: ............ |
| 3. آمار مکشوفات: |
| 3-1- محل جمع‌آوری: چند مورد داروخانه: ............ چند مورد بهداشتی‌فروشی: ............ چند مورد عطاری: ............ چند مورد بیمارستان: ............ |
| 3-2- نوع مکشوفات: - دارویی: تاریخ گذشته □ قاچاق □ مخدر □ تعداد: ............ وزن: ............ قیمت: ............- بهداشتی: تاریخ گذشته □ قاچاق □ مخدر □ تعداد: ............ وزن: ............ قیمت: ............- تجهیزات و ملزومات مصرفی:تاریخ گذشته □ قاچاق □ مخدر □ تعداد: ............ وزن: ............ قیمت: ............- مکمل غذایی و رژیمی: تاریخ گذشته □ قاچاق □ مخدر □ تعداد: ............ وزن: ............ قیمت: ............ |
| 4. تعداد عدم راه اندازی سیستم اتوماسیون: |
| 5. اخطارهای ارسالی به داروخانه‌ها:5-1- تعداد داروخانه‌ها: ............5-2- نام داروخانه‌های اخطار گرفته به همراه موضوع آن:

|  |  |
| --- | --- |
| نام داروخانه | موضوع |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

 |

|  |  |
| --- | --- |
| 6. تعداد بازرسی انجام شده از داروخانه بیمارستان: ............ | توضیحات: |
| 7. تعداد بازرسی انجام شده از خانه بهداشت: ............ | توضیحات: |
| 8. تعداد بازرسی انجام شده از داروخانه مراکز بهداشتی درمانی: ............ | توضیحات: |
| 9. تعداد داروخانه‌های واگذار شده به بخش خصوصی: ............ | توضیحات: |
| 10. تعداد بازدید از عطاری: ............ | توضیحات: |
| 11. شکایات طبق فرم پیوست: ............ | توضیحات: |
| 12. توضیحات: ............ | توضیحات: |

**آمار شکایات واحد بازرسی**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|  | **تلفنی** | **تعداد موارد شکایت که وارد** | **کتبی** | **تعداد موارد شکایت که وارد** |
| **تشخیص داده شد** | **تشخیص داده نشد** | **تشخیص داده شد** | **تشخیص داده نشد** |
| **تعداد شکایات بررسی شده**  | **داروخانه** |  |  |  |  |  |  |
| **عطاری** |  |  |  |  |  |  |
| **سایر موارد** |  |  |  |  |  |  |
| **گرانفروشی** |  |  |  |  |  |  |
| **عدم حضور مسئول فنی** |  |  |  |  |  |  |
| **اشتباه در نسخه پیچی** |  |  |  |  |  |  |
| **ارائه داروی تاریخ گذشته** |  |  |  |  |  |  |
| **ارائه داروی غیرمجاز** |  |  |  |  |  |  |
| **کیفیت داروهای ساختنی** |  |  |  |  |  |  |
| **عدم رعایت ساعات کار** |  |  |  |  |  |  |
| **برخورد نامناسب** |  |  |  |  |  |  |
| **سایر موارد** |  |  |  |  |  |  |