

« فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه داخلی (آموزشی / غیرآموزشی) بیمارستان..... (دولتی، خصوصی، خیریه، سایر.....)»

شماره و تاریخ ثبت تقاضا:

آدرس دقیق محل بیمارستان:

تعداد تخت ثابت بیمارستانی:

کروکی دقیق محل داروخانه در داخل بیمارستان:

طول و عرض داروخانه:

مساحت کف داروخانه:

کروکی دقیق محل انبار (در صورتی که بیمارستان دارای انبار مرکزی است محل دقیق انبار دارو و لوازم وابسته

در آن مشخص گردد.)

مساحت کف انبار دارو و لوازم وابسته:

الف) فضای داروخانه دارای :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ۱- لوله کشی آب | <input type="checkbox"/> ۷- دستگاه تهویه |
| <input type="checkbox"/> ۲- برق | <input type="checkbox"/> ۸- یخچال |
| <input type="checkbox"/> ۳- تلفن | <input type="checkbox"/> ۹- دماسنج |
| <input type="checkbox"/> ۴- رایانه | <input type="checkbox"/> ۱۰- میز کار و پیشخوان |
| <input type="checkbox"/> ۵- قفسه بندی مناسب | <input type="checkbox"/> ۱۱- دستشویی |
| <input type="checkbox"/> ۶- نور کافی | <input type="checkbox"/> ۱۲- امکانات رفاهی و محل استراحت |
- کارکنان
- ۱۳- بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف داروخانه
- ۱۴- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی)

۱۵- در صورت داشتن بخش داروهای ترکیبی غیر استریل - فضای مناسب و لوازم ساخت کافی

ب) فضای انبارداری :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ۱- قفسه بندی و پالت مناسب | <input type="checkbox"/> ۹- جلوگیری از تابش نور خورشید در پنجره ها و سقف |
| <input type="checkbox"/> ۲- سقف عایق بندی شده | <input type="checkbox"/> ۱۰- سیستم گرما و سرمای مناسب (ترجیحاً خشک) |
| <input type="checkbox"/> ۳- کف محکم (ترجیحاً بتونی) | <input type="checkbox"/> ۱۱- دماسنج ماکزیمم و مینیمم و رطوبت سنج |
| <input type="checkbox"/> ۴- دستگاه تهویه | <input type="checkbox"/> ۱۲- سردخانه با وسعت کافی برای داروهای خاص |
| <input type="checkbox"/> ۵- تلفن | <input type="checkbox"/> ۱۳- انبار مجزا برای نگهداری مواد اولیه |
| <input type="checkbox"/> ۶- رایانه | <input type="checkbox"/> ۱۴- توری سیمی و حافظ پنجره ها |
| <input type="checkbox"/> ۷- جارو برقی صنعتی | <input type="checkbox"/> ۱۵- وسایل جابجایی (لیفتراک، بالابر و چرخ دستی) |
| <input type="checkbox"/> ۸- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی و شلنگ آب در معرض دید) | |

نظریه کارشناسی :

۱- محل معرفی شده برای داروخانه از نظر فضا، محل استقرار و مسایل فنی ، بهداشتی و ایمنی با توجه به مقررات جاری مورد تائید می باشد/ نمی باشد.

۲- انبار دارو و لوازم وابسته از نظر داشتن فضای کافی و مسائل فنی ، بهداشتی و ایمنی دارای شرایط لازم مورد تائید می باشد/ نمی باشد .

نام و نام خانوادگی کارشناس : تاریخ بازدید :

امضاء :

نظر معاون / مدیر غذا و داروی دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی.....:

محل معرفی شده جهت احداث داروخانه داخلی بیمارستان با توجه به آیین نامه ، ضوابط داروخانه ها و نظریه کارشناسی بازدید از محل مورد تائید می باشد/ نمی باشد.

نام و نام خانوادگی

معاون/مدیر غذا و دارو دانشگاه

تاریخ و امضاء