بسمه تعالی

**بازديد ادواري داروخانه مراکز آموزشی و درمانی و بیمارستانها**

**چك ليست نحوه اجراي دستورالعمل توزيع و مصرف ميزوپروستول**

**معاونت غذا و دارو تبریز**

نام مرکز: تاریخ بازدید: ساعت:

مسئولین فنی: شماره تلفن:



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | کلیالت | بلی | خیر | توضیحات |
| 1 | **ایجاد امکانات لازم و فضای کافی جهت نگهداری داروی میزوپروستول** |  |  |  |
| 2 | **رعایت شرایط عرضه دارو توسط داروخانه بیمارستانی شامل دریافت و کنترل اصل نسخه و تکمیل فرم مخصوص میزوپروستول** |  |  |  |
| 3 | **دریافت و نگهداری مدارک قانونی لازم و مجوز پزشکی قانونی در زمان تحویل دارو در مواردی نظیر جنین زنده** |  |  |  |
| 4 | **دریافت و نگهداری مستندات لازم در مواردی که نیاز به مدارک قضایی یا مجوز پزشکی قانونی ندارند.** |  |  |  |
| 5 | **ارسال گزارش و آمار مصرف 3 ماهه مصرف میزوپروستول به معاونت غذا و دارو** |  |  |  |
|  | | | | |

نام و نام خانوادگی بازرسین: نام و نام خانوادگی مسئول فنی داروخانه:

نام و نام خانوادگی بازرسین: نام و نام خانوادگی مسئول فنی داروخانه (مهر و امضاء ) :