بسمه تعالی

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

**معاونت غذا و دارو تبریز**

نام مرکز: تاریخ بازدید: ساعت:

مسئولین فنی: شماره تلفن:



|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ردیف | کلیالت | بلی | خیر | توضیحات |
| 1 | آیا دکتر داروساز در تمام ساعت فعاليت داروخانه در بیمارستان اشتغال دارد؟ |  |  |  |
| 2 | آیا در زمان مراجعه به داروخانه مسئول فنی حضور فعال داشت؟ |  |  |  |
| 3 | آیا کنترل نسخ و دستور مصرف دارو توسط مسئول فنی صورت می گیرد؟ |  |  |  |
| 4 | آیا وضعیت ظاهری داروخانه از نظر نظم و نظافت مناسب می باشذ؟ |  |  |  |
| 5 | آیا داروخانه دارای امکاناتی اعم از : قفسه بندی دماسنجسیستم تهویه سیستم کامپیوتری سیستم اطفاء حریق می باشد  |  |  |  |
| 6 | آیا برنامه نرم افزاری مناسب بر سیستم کامپیوتری نصب شده است؟ |  |  |  |
| 7 | آیا شرایط نگهداری داروها در قفسه ها و یخچال از نظر نور ، دما و رطوبت رعایت می گردد؟ |  |  |  |
| 8 | آیا اقلام دارویی تاریخ گذشته در داروخانه موجود بود؟ |  |  |  |
| 9 | ايا موسس و مسئول فني در پاسخ به سوالات و بازديد همكاري لازم را دارند ؟ |  |  |  |

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 ) :