

تاریخ بازدید .....

مرکز بهداشت شهرستان .....

مرکز خدمات جامع سلامت .....



امور دارویی معاونت بهداشتی

فرم بازدید از داروهای ترالی اورژانس مرکز بهداشت شهرستان

| ردیف         |                                                                                                         | شرایط<br>مطلوب | نحوه<br>سنجش | امتیاز<br>کسب<br>شده | امتیاز |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|--------------|----------------------|--------|
| ۱            | آیا چیدمان داروها بر اساس استاندارد ترالی اورژانس است ؟                                                 | بله            | مشاهده       | ۱۰                   |        |
| ۲            | آیا شرایط نگهداری دارو (دما، رطوبت، نور و ...) رعایت می گردد و نظم و نظافت ترالی اورژانس مطلوب می باشد؟ | بله            | مشاهده       | ۱۰                   |        |
| ۳            | آیا لیست مورد تایید اقلام ترالی در معرض دید و در نزدیکی ترالی نصب شده است؟                              | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۴            | آیا فرم تاریخ انقضا نصب شده و با تاریخ داروهای موجود همخوانی دارد؟                                      | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۵            | آیا همه اقلام دارویی ترالی در مرکز وجود دارد؟                                                           | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۶            | آیا تعداد کافی از اقلام ترالی در مرکز وجود دارد؟                                                        | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۷            | آیا داروی تاریخ گذشته در ترالی وجود دارد؟                                                               | خیر            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۸            | آیا درخواست های دارویی به موقع ارسال می شود؟                                                            | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۹            | آیا اقلام مازاد بر نیاز با تاریخ انقضا کمتر از ۶ ماه به موقع به مرکز پوشش دهنده گزارش شده اند؟          | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| ۱۰           | آیا درخواست های دارویی و حواله ها به طور منظم بایگانی میشوند؟                                           | بله            | مشاهده       | ۵                    |        |
| جمع امتیازات |                                                                                                         |                |              |                      | ۶۰     |

| ضعیف       | متوسط       | خوب         | عالی        |
|------------|-------------|-------------|-------------|
| از ۰ تا ۱۵ | از ۱۶ تا ۳۰ | از ۳۱ تا ۴۵ | از ۴۶ تا ۶۰ |

نام و نام خانوادگی بازرسین:

امضا:

نام و نام خانوادگی مسئول ترالی:

امضا: