

## چک لیست بازدید از داروخانه مرکز جامع سلامت واگذار شده به بخش غیر دولتی



مرکز بهداشت شهرستان ..... مرکز جامع سلامت ..... محل استقرار.....

تاریخ عقد قرارداد ..... تاریخ اتمام قرارداد ..... ساعات کار داروخانه ..... تاریخ بازدید : .....

معاونت بهداشت

| ردیف                 | شرح فعالیت  | شرایط مطلوب | نحوه سنجش     | امتیاز | امتیاز کسب شده |
|----------------------|---|-------------|---------------|--------|----------------|
| ۱                    | آیا خدمات دارویی توسط افراد دوره دیده انجام می پذیرد؟                                       | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۲                    | آیا شرایط نگهداری دارو در داروخانه رعایت میگردد؟ (کنترل دما، رطوبت و نور سیستم تهویه مناسب) | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۳                    | آیا نظم و نظافت داروخانه در شرایط مطلوبی می باشد؟   | بله         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۴                    | آیا دارو های یخچالی در درون یخچال نگهداری می شود؟   | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۵                    | آیا داروخانه فروش داروی آزاد دارد؟  | خیر         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۶                    | آیا در زمان دهگردشی داروهای مورد نیاز در اختیار بیماران قرار می گیرد؟                       | بله         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۷                    | آیا در زمان بیتوته پزشک داروهای مورد نیاز در اختیار بیماران قرار می گیرد؟                   | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۸                    | آیا داروی تاریخ گذشته در داروخانه موجود می باشد؟  | خیر         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۹                    | آیا ساعات کار داروخانه طبق زمانبندی مشخص شده است؟ (رعایت ۸ ساعت کاری)                       | بله         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۱۰                   | آیا نظر بیماران در خصوص نحوه ارائه خدمات داروخانه مثبت است؟                                 | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۱۱                   | آیا اقلام دارویی مطابق با درخواست فصلی پزشکان خانواده در داروخانه وجود دارد؟                | بله         | مشاهده        | ۵      |                |
| ۱۲                   | آیا رعایت حق نسخه پیچی بر اساس دستورالعمل صورت می پذیرد؟                                    | بله         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| ۱۳                   | آیا همکاری با تیم نظارت مناسب بوده است؟   | بله         | مشاهده مصاحبه | ۵      |                |
| جمع امتیازات کسب شده |   |             |               | ۷۰     |                |

|            |             |             |
|------------|-------------|-------------|
| ضعیف       | متوسط       | خوب         |
| از ۰ تا ۲۰ | از ۲۵ تا ۴۵ | از ۵۰ تا ۷۰ |

بازدید کنندگان : امضاء مسئول داروخانه : مهر و امضاء