



بسمه تعالی

تاریخ:.....  
شماره:.....  
پیوست:.....

## فرم ارزیابی عملکرد بیمارستان در خصوص داروهای مخدر

بخش:.....

| ردیف | عنوان   | حداکثر امتیاز | امتیاز کسب شده | توضیحات |
|------|---|---------------|----------------|---------|
| ۱    | آیا فرم درخواست داروهای مخدر دارای مشخصات کامل و بدون خط خوردگی و با مهر پرستار و پزشک (GP یا متخصص) می باشد.   | ۱۰            |                |         |
| ۲    | آیا مقدار داروی مخدر ثبت شده در فرم درخواست به میلی گرم می باشد   | ۵             |                |         |
| ۳    | آیا مقدار ناکوتیک نوشته شده در فرم درخواست مخدر با مقدار Order شده توسط پزشک تطابق دارد   | ۵             |                |         |
| ۴    | آیا جمع داروی ناکوتیک ثبت شده در Med Sheet و فرم درخواست داروی مخدر و مقدار داروی وارد شده در سیستم (به میلی گرم) تطابق دارد. (به استثنای اتاق عمل که باید مقدار میلی گرم فرم درخواست و فرم لوازم مصرفی و برگ بیهوشی باهم تطابق داشته باشد) | ۱۰            |                |         |
| ۵    | آیا یک نسخه از فرم درخواست داروی مخدر تحویلی به داروخانه در پرونده بیمار ضمیمه می باشد .  | ۱۰            |                |         |
| ۶    | آیا داروهای ناکوتیک جدا از داروهای دیگر وارد سیستم داروخانه می گردد   | ۱۰            |                |         |
| ۷    | آیا همه داروهای ناکوتیک در سیستم داروخانه ثبت می گردد.  | ۱۰            |                |         |
| ۸    | آیا داروی ناکوتیک تجویز شده برای بیمار توسط کارشناس مربوطه از داروخانه تحویل گرفته می شود   | ۱۰            |                |         |
| ۹    | آیا داروی ناکوتیک بیماران مراکز سوء مصرف مواد بستری در بخش مربوطه توسط بخش تامین می گردد  | ۱۰            |                |         |
| ۱۰   | آیا مقدار داروی ناکوتیک تجویز شده برای بیماران سرپایی وارد سیستم داروخانه می گردد.  | ۱۰            |                |         |
| ۱۱   | آیا پرسنل از نحوه تجویز و مصرف داروهای ناکوتیک اطلاع دارند.   | ۱۰            |                |         |
|      | <b>جمع امتیاز کسب شده</b>   | ۱۰۰           |                |         |

در صورتی که بخش مربوطه استوک دارد فرم زیر نیز پر شود .

| ردیف | عنوان   | حداکثر امتیاز | امتیاز کسب شده | توضیحات |
|------|---|---------------|----------------|---------|
| ۱    | آیا داروهای مخدر در محل مطمئن نگهداری می شوند.(صندوق نسوز)  | ۱۰            |                |         |
| ۲    | آیا داروهای مخدر به ترتیب تاریخ مصرف در دفتر پلمپ شده مخصوص داروهای مخدر ثبت می گردد.                               | ۵             |                |         |
| ۳    | آیا مقدار موجودی دفتر ثبت داروی مخدر به میلی گرم می باشد.   | ۵             |                |         |
| ۴    | آیا شماره ردیف نسخ با شماره ردیف ثبت در دفتر مطابقت دارد.   | ۵             |                |         |
| ۵    | آیا دفتر ثبت داروی مخدر بخش کامل و به روز می باشد.  | ۱۰            |                |         |
| ۶    | آیا موجودی داروی نارکوتیک بخش با دفتر ثبت داروی مخدر بخش مطابقت دارد.   | ۱۰            |                |         |
| ۷    | آیا در خواست داروی مخدر به مسئول مخدر به موقع و در زمان مشخص صورت میگیرد.   | ۵             |                |         |
| ۸    | آیا مسئول بخش بر نحوه تجویز و مصرف داروی نارکوتیک بخش نظارت دارد.   | ۱۰            |                |         |
| ۹    | آیا مسئول بخش در پایان نوبت کاری خود داروهای مخدر و پوکه خالی و نسخ را دقیقاً شمارش و تحویل مسئول شیفت بعدی می دهد. | ۵             |                |         |
| ۱۰   | آیا مسئول مخدر بیمارستان نیاز حداقل یک هفته را در اختیار بخش های استوک دار قرار می دهد.                             | ۵             |                |         |
| ۱۱   | آیا داروهای مخدر تاریخ نزدیک یا مازاد بر مصرف موجود میباشد.   | ۵             |                |         |
| ۱۲   | آیا رایبه صور تجلسه پوکه های بخش های استوک دار به مسئول مخدر به موقع صورت میگیرد.                                   | ۵             |                |         |
| ۱۳   | آیا صور تجلسه داروی مقفود شده، پوکه و داروی شکسته شده در همان روز به مسئول مخدر رایبه می گردد.                      | ۱۰            |                |         |
| ۱۴   | آیا بخشهای استوک دار کمبود دارویی خود را منحصر از داروخانه تهیه میکنند .  | ۱۰            |                |         |
|      | <b>جمع امتیاز کسب شده</b>   | ۱۰۰           |                |         |

موجودی داروهای مخدر بخش های استوک دار

| پوکه | موجودی | نام دارو                 |
|------|--------|--------------------------|
|      |        | پوکه آمپول الفنتانیل     |
|      |        | پوکه آمپول فنتانیل       |
|      |        | پوکه آمپول رمی فنتانیل ۲ |
|      |        | پوکه آمپول رمی فنتانیل ۵ |
|      |        | پوکه آمپول سو فنتانیل    |
|      |        | پوکه آمپول متادون        |
|      |        | پوکه آمپول مرفین         |
|      |        | پوکه آمپول پتدین ۱۰۰     |
|      |        | پوکه آمپول پتدین ۵۰      |
|      |        | پوکه قرص متادون ۵        |
|      |        | پوکه قرص متادون ۲۰       |
|      |        | پوکه قرص متادون ۴۰       |
|      |        | پوکه قرص بوپرنورفین ۲    |

تذکرات صورت گرفته در این بازرسی به شرح زیر می باشد که در مراجعه بعدی نسبت به رفع آن اقدامات لازم مبذول گردد.

.....

.....

.....

مهر و امضاء مسئول داروی مخدر بیمارستان

مهر و امضاء مسئول بخش

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسین:

۱-

۲-