



بسمه تعالی

تاریخ:.....
شماره:.....
پیوست:.....

فرم ارزیابی عملکرد بیمارستان در خصوص داروهای مخدر

مسئول مخدر بیمارستان

ردیف	عنوان	حداکثر امتیاز	امتیاز کسب شده	توضیحات
۱	آیا داروهای مخدر در محل مطمئن نگهداری می شوند. (صندوق نسوز)	۵		
۲	آیا داروهای مخدر به ترتیب تاریخ مصرف در دفتر پلمپ شده مخصوص داروهای مخدر ثبت می گردد.	۱۰		
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 مخدر مطابقت دارد.	۵		
۵	آیا دفتر ثبت داروهای مخدر مسئول مخدر کامل و به روز می باشد	۱۰		
۶	آیا موجودی داروی نارکوتیک بیمارستان با دفتر ثبت داروی مخدر مسئول مخدر مطابقت دارد.	۱۰		
۷	آیا نسخ داروهای مخدر تحویل داده شده به مسئول مخدر دارای مشخصات کامل و بدون خط خوردگی و با مهر پرستار و پزشک می باشد.	۱۰		
۸	آیا داروی مخدر مصرفی برای بیمار در سیستم مخدر وارد می شود و داروخانه در صورت وارد شدن داروی نارکوتیک برای بیمار در سیستم دارو میدهد	۵		
۹	آیا برای بیماران سرپایی مقدار داروی نارکوتیک مصرفی وارد سیستم داروخانه می شود	۵		
۱۰	آیا مسئول داروهای مخدر بر روند معرف داروهای مخدر در بیمارستان نظارت دارد.	۵		
۱۱	آیا دفتر ثبت داروی مخدر بخش های استوک دارو قبل از تحویل دارو چک می شود.	۵		
۱۲	آیا درخواست داروهای مخدر به معاونت غذا و دارو در زمان مشخص شده صورت میگیرد.	۵		
۱۳	آیا داروهای مخدر تاریخ نزدیک یا مازاد بر مصرف موجود میباشد.	۵		
۱۴	آیا ارایه صورتجلسه پوکه های بخش های استوک دارو به معاونت به موقع صورت میگیرد.	۵		
۱۵	آیا صورتجلسه داروی مفقود شده، پوکه و داروی شکسته شده در همان روز به معاونت ارایه می گردد.	۵		
۱۶	آیا پرسنل از نحوه تجویز و مصرف داروهای نارکوتیک اطلاع دارند.	۵		
جمع امتیاز کسب شده		۱۰۰		

موجودی داروهای مخدر:

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

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسین:

—۱

—۲