



نام بیمارستان:	تاریخ بازرسی:
آدرس:	تلفن:

## ۱. بازدید و بررسی داروخانه بیمارستان الف) فضای فیزیکی و تجهیزات

۱	آیا فضای فیزیکی داروخانه مناسب است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا محل داروخانه از نظر نور و دما مناسب است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا داروخانه تهویه مناسب دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا یخچال مناسب موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا داروخانه دارای سیستم اطفاء حریق مناسب می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا نظافت داروخانه در حد قابل قبول می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا داروها بطور منظم در قفسه ها چیده شده اند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا داروهایی که باید، در یخچال نگهداری می شوند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا داروهای تاریخ مصرف گذشته در داروخانه وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا داروخانه دارای سیستم رایانه ای است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا سیستم رایانه ای مطابق با نیاز بیمارستان می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	در صورت عدم وجود سیستم رایانه ای آیا دفتر مخصوص ثبت دارو موجود است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا ثبت داروی مصرفی هر بیمار توسط داروخانه صورت می گیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

## ب) بررسی وضعیت پرسنل داروخانه بیمارستان

۱	تعداد داروساز	تعداد ..... نفر
۲	آیا تعداد داروساز موجود متناسب با نیاز داروخانه می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	تعداد تکنسین امور دارویی	تعداد ..... نفر
۴	نام و نام خانوادگی تکنسین امور دارویی و ائبار دار	وضعیت استخدام
	۱- .....	سمت .....
	۲- .....	سمت .....
	۳- .....	سمت .....
	۴- .....	سمت .....
	۵- .....	سمت .....
۵	آیا تعداد پرسنل موجود در داروخانه جهت ارائه خدمات دارویی مطلوب کافی است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا پزشک داروساز بر نسخه نویسی و پرونده دارویی بیماران بستری نظارت دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا پزشک داروساز و پرسنل داروخانه تسلط کافی به برنامه های رایانه ای دارند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا پزشک داروساز و پرسنل داروخانه از روپوش استفاده می نمایند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا پرسنل و مسئول فنی داروخانه از اتیکت مخصوص استفاده می نمایند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

**ب) بررسی وضعیت پرسنل انبار دارویی بیمارستان**

تعداد تکنسین امور دارویی	۱	تعداد تکسین امور دارویی
نام و نام خانوادگی تکنسین امور دارویی و انبار دار	۲	وضعیت استخدام
۱- سمت .....		..... نفر
۲- سمت .....		.....
۳- سمت .....		.....
آیا پرسنل موجود جهت ارائه خدمات دارویی به صورت مطلوب کافی می باشد؟	۳	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا انبار بیمارستان توسط پرسنل آموزش دیده کنترل می شود؟	۴	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

**ج) بررسی نحوه تدارک و تهیه دارو در بیمارستان**

آیا مراجعات شرکت جهت گرفتن درخواست به موقع صورت می گیرد؟	۱	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا شرکت در قبال داروهای با بسته بندی نامناسب قبول مسئولیت می نماید؟	۲	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا مسئولین داروخانه کمبود های دارویی خود را به موقع به امور دارویی اعلام و جهت رفع کمبود ها پیگیری های لازم را به عمل می آورند؟	۳	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا داروهای تخصصی و غیر تخصصی در حد نیاز موجود است؟	۴	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا شرکت های پخش به موقع نسبت به تامین داروهای مورد نیاز بر اساس درخواست بیمارستان اقدام می نماید؟	۵	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

**د) بررسی موجودی دارو**

آیا موجودی قفسه ها با دفتر ثبت دارو یا رایانه مطابقت دارد؟	۱	..... نفر
آیا سرم ها بر طبق ضوابط اعلام شده از سوی وزارت بهداشت و درمان نگهداری می شود؟	۲	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا ورود و خروج دارو از انبار بر طبق ضوابط صورت می گیرد؟	۳	..... نفر
آیا داروهای تاریخ گذشته در انبار موجود می باشد؟	۴	
آیا داروهای با تاریخ انقضاء کمتر از ۶ ماه در انبار موجود می باشد؟	۵	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا داروهای مازاد بر نیاز در انبار دارویی موجود می باشد؟	۶	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
آیا چیدن دارو های موجود متناسب با تاریخ انقضاء آنها می باشد؟	۷	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

۲- بررسی وضعیت داروهای مخدر

بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا داروهای مخدر در جای مطمئن نگهداری می شوند؟	۱
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تحویل داروی مخدر به بخش ها به موقع و طبق ضوابط صورت می گیرد؟	۲
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا جهت داروهای مخدر فرم مصرف طبق ضوابط تکمیل می گردد؟	۳
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا داروهای مخدر در حد نیاز بیمارستان وجود دارد؟	۴
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا موجودی داروهای مخدر با دفتر ثبت مطابقت دارد؟	۵
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا دفتر ثبت داروی مخدر به صورت مرتب و به روز می باشد؟	۶
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا داروهای مخدر تاریخ نزدیک یا تاریخ گذشته یا مازاد بر نیاز موجود است؟	۷

توضیحات:

۳- نحوه گردش مالی (دارویی) و مزایای دریافتی پرسنل

بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا بیمارستان جهت تامین داروهای خود از محل درآمد و ردیف های اختصاصی بودجه مناسب در اختیار دارد؟	۱
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا بیمارستان جهت هزینه دارو به شرکت های پخش و یا به دانشگاه بدهکار می باشد؟	۲
	سازمان های بیمه گر تا چه تاریخی با بیمارستان تسویه حساب نموده اند؟	۳
	میزان درصد کسورات سازمان بیمه گر به طور متوسط چه مقدار می باشد؟	۴
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا درآمد داروخانه بیمارستان با درآمد بیمارستان بصورت تفکیک شده می باشد؟	۵
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا ردیف های اختصاص یافته جهت دارو فقط صرف خرید دارو می گردد؟	۶
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا حساب مالی داروخانه مجزا و قابل بررسی می باشد؟	۷

توضیحات:

۴- بررسی وضعیت انبار دارویی بیمارستان

الف) فضای فیزیکی و تجهیزات

بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا قفسه بندی و پالت گذاری به صورت کامل وجود دارد؟	۱
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا تهویه مناسب وجود دارد؟	۲
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا یخچال مناسب موجود می باشد؟	۳
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا محل انبار از نظر نور و دما مناسب است؟	۴
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا انبار دارویی دارای سیستم خنک کننده مناسب است؟	۵
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا دما سنج مناسب در انبار دارویی موجود می باشد؟	۶
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا رطوبت سنج مناسب در انبار دارویی موجود می باشد؟	۷
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا انبار دارویی دارای سیستم اطفاء حریق می باشد؟	۸
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا فضای فیزیکی انبار برای نگهداری داروها مناسب است؟	۹
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا پاکیزگی انبار در حد مطلوب است؟	۱۰
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا پاکیزگی انبار توسط جارو برقی صورت می گیرد؟	۱۱
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا محل کار مناسب جهت انبار در نظر گرفته شده است؟	۱۲
بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>	آیا انبار دارای سیستم رایانه می باشد؟	۱۳

توضیحات:

۵- بازدید و بررسی بخش های بیمارستان

ج) بررسی نحوه تهیه و توزیع دارو

۱	آیا هماهنگی لازم بین داروخانه بیمارستان و انبار دارویی وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا درخواست های دارویی متناسب با میزان نیاز و موجودی انجام می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا موجودی قفسه ها با دفتر ثبت دارو یا رایانه مطابقت دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا دارونامه داروهای تخصصی و فوق تخصصی تدوین گردیده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا داروهای اورژانس به موقع ارزیابی و تهیه می گردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا تجهیزات پزشکی و لوازم مصرفی بیمارستان تحت نظارت داروخانه توزیع می گردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا دریافت نسخ بیماران از بخش های مختلف در ساعات معینی انجام می گیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا داروهای هر بیمار به صورت جداگانه تحویل بخش می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا هنگام تحویل داروهای بالک (خارج از بسته بندی مشخص) اطلاعات مورد نیاز(نام دارو- دوزاژ- تاریخ انقضاء) روی پاکت مخصوص ثبت می گردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا در داروخانه داروی ساختنی تهیه می گردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا مواد اولیه مورد مصرف برای داروهای ساختنی در حد استاندارد است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	آیا نظافت بخش ساخت دارو رعایت می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا وسایل ساخت مورد نیاز ساخت دارو به میزان کافی موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

**الف) نحوه توزیع دارو و ارائه خدمات دارویی به بیماران و بررسی استوک بخش ها**

۱	آیا تحویل داروی بیمار به بخش به صورت روزانه انجام می پذیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا درخواست دارو بر اساس دستور پزشک و تایید بخش صورت می پذیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا داروهای مازاد بر نیاز بیمار (فوت- ترخیص- تغییر دارد) طبق فرم داروهای مرجوعی به داروخانه بازگشت داده می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا داروهای مخدر در بخش ها در محلی مطمئن نگهداری می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا دارونامه هربخش تدوین شده است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا تحویل دارو به بخش در ساعات مشخصی انجام می گیرد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

۷	آیا داروهای مورد نیاز در استوک بخش ها در حد نیاز است؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۸	آیا موجودی استوک با چک لیست مطابقت دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۹	آیا دفتر ثبت دارویی جهت استوک موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	آیا داروهای تاریخ گذشته در استوک موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۱	آیا بخش دارای سیستم مناسب جهت جلوگیری از منقضی شدن تاریخ مصرف داروها می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	آیا محل نگهداری دارو در بخش قابل قبول می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	آیا استوک بخش ها و ترالی احیا توسط داروساز کنترل می شود؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

**الف) بررسی وضعیت دارو در اتاق عمل**

۱	آیا داروهای مورد نیاز به میزان کافی در استوک اتاق عمل موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا دفتر ثبت دارویی استوک به صورت کامل و منظم وجود دارد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا داروها و وسایل مصرف شده جهت بیماران به صورت کامل در پرونده درج می گردد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا داروها و وسایل مصرفی تاریخ گذشته در اتاق عمل موجود می باشد؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا دارو ها در شرایط مناسب نگهداری می شوند؟	بلی <input type="checkbox"/> خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

توضیحات داروخانه در مورد نواقص و تخلفات گزارش شده در این بازدید:

به بیمارستان جهت رفع موارد نواقص و تخلف گزارش شده به شرح ذیل تذکر داده شده تا در مراجعه بعدی نسبت به رفع آن اقدام نماید.

-۱

-۲

-۳

-۴

-۵

-۶

**محل مهر داروخانه**

نام مسئول فنی:	شماره نظام پزشکی:	ساعت فعالیت:	تلفن همراه:	مهر و امضاء:
.....	.....	.....	.....	.....
نام مسئول فنی:	شماره نظام پزشکی:	ساعت فعالیت:	تلفن همراه:	مهر و امضاء:
.....	.....	.....	.....	.....
نام مسئول فنی:	شماره نظام پزشکی:	ساعت فعالیت:	تلفن همراه:	مهر و امضاء:
.....	.....	.....	.....	.....

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسین	نام و نام خانوادگی ریاست و مدیر بیمارستان
۱- ..... امضاء .....	۱- ..... رئیس بیمارستان
۲- ..... امضاء .....	۲- ..... مدیر داخلی بیمارستان
۳- ..... امضاء .....	