

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شیراز

معاونت غذا و دارو



عنوان سند : فرم کارشناسی مرحله دوم مجوز بهره برداری از محل داروخانه

با توجه به درخواست آقا / خانم برای تأسیس / انتقال محل داروخانه به آدرس و با عنایت به کارشناسی صورت گرفته در مرحله اول و با توجه به موافقت اصولی صادره به شماره به تاریخ کارشناسی مرحله دوم جهت صدور مجوز بهره برداری داروخانه به شرح ذیل صورت پذیرفت .

نام و نام خانوادگی متقاضی : نام داروخانه : نوع تقاضا : تأسیس انتقال محل تاریخ بازرسی :

ردیف	موارد ارزشیابی	قابل قبول	غیر قابل قبول	ملاحظات
1	انجام تعهدات اخذ شده در کارشناسی مرحله اول			
2	تابلو داروخانه منطبق بر تبصره 8 ماده 7 فقط دارای نام مؤسس و فاقد هرگونه علائم تبلیغاتی بر اساس ضوابط شهرداری			
3	اتصال به شبکه آبرسانی شهری یا روستایی			
4	بهداشتی بودن کف و دیوار داروخانه و امکان شست و شوی آن			
5	مجهر بودن داروخانه به وسایل تأمین گرمایش/سرمایش جهت ایجاد شرایط نگهداری داروها (کولر آبی ، کولر گازی ، پنکه ، شوفاژ ، فن کویل و بخاری)			
6	داروخانه و انبار ، مجهر به درب ایمن یا سیستم های ضد سرقت یا دوربین امنیتی			
7	انبار دارای پالت ، دماسنج ، دیتالاگر ، سرمایش و گرمایش			
8	داروخانه و انبار مجهر به سیستم اعلان حریق و اطفاء حریق و یا کپسول آتش نشانی شارژ شده			
9	قفسه بندی ، میز نسخه پیچی و پیشخوان			
10	رعایت زنجیره سرد در داروخانه			
11	تجهیزات لازم جهت اتصال به سامانه های الکترونیک شامل رایانه و اتصال اینترنتی			
12	نحوه نگهداری داروهای تاریخ گذشته شامل نشانه گذاری و نصب تابلو محل نگهداری داروهای تاریخ گذشته و ریکال			
13	منابع علمی به روز به صورت الکترونیک یا چاپی موجود است ؟			
14	آیا شرایط ایجاد شده در کارشناسی مرحله اول حفظ شده اند ؟			
15	قسمت داروهای ترکیبی بر اساس ضوابط داروهای ترکیبی الف : میز <input type="checkbox"/> ب : قفسه نگهداری مواد اولیه ساختنی <input type="checkbox"/> ج : ابزار آلات ساخت داروهای ترکیبی : ترازو <input type="checkbox"/> هاون <input type="checkbox"/> وسایل شیشه ای و سایر لوازم مورد نیاز <input type="checkbox"/>			
16	نحوه ارتباط غیر حضوری با داروخانه : تلفن ثابت <input type="checkbox"/> تلفن همراه <input type="checkbox"/> نمابر <input type="checkbox"/> ایمیل <input type="checkbox"/> تارنما <input type="checkbox"/>			
17	نحوه نگارش دستور مصرف داروها : مکانیزه تایپی <input type="checkbox"/> دستی <input type="checkbox"/>			
18	خلاصه گزارش : تأسیس داروخانه پس از رفع نواقص بندهای زیر قابل بررسی مجدد خواهد بود . شماره بندهایی که اصلاح آنها ضروری است :			

نام و امضای متقاضی تأسیس و مهر داروخانه

نام و امضای بازرسان

امضاء	نظر مدیر امور دارویی دانشگاه
-------	------------------------------