



دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی و درمانی شاهرود
معاونت غذا و دارو

بسمه تعالی

« فرم اعلام نتیجه بازرسی از محل داروخانه »

جناب آقای/ سرکار خانم

سلام علیکم

بدینوسیله به اطلاع می‌رساند با درخواست کارشناسی محل مورد معرفی به آدرس

تأسیس/انتقال محل داروخانه موافقت بعمل آمد. لذا شایسته است حداکثر ظرف مدت روز، ضمن آماده سازی محل مطابق مندرجات ذیل جهت بهره‌برداری اقدام و نتیجه را به منظور برقراری سهمیه دارویی و معرفی به سازمانهای بیمه گر اعلام گردد. بدیهی است در صورت عدم اعلام آمادگی جهت بهره‌برداری در مهلت مقرر تقاضای شما کان لم یکن تلقی گردیده و هیچگونه تعهدی برای این معاونت / مدیریت در حفظ محل مورد تقاضا مترتب نمی‌باشد. ضمناً چنانچه پس از اعلام آمادگی جهت برقراری سهمیه دارویی نسبت به انجام موارد زیر اقدام نگردیده باشد نسبت به توقف فعالیت داروخانه اقدام خواهد شد.

1) تعبیه فضای مشاوره دارویی، مکان تهیه داروهای ساختنی و نسخه پیچی به طور مجزا

2) آب لوله کشی

3) یخچال (با نصب سامانه ثبت رایانه ای دما)

4) قفسه‌بندی، میز نسخه پیچی، تابلو و رایانه جهت ثبت مشخصات نسخ همزمان با تحویل دارو

5) بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف داروخانه

6) لوازم ساخت داروهای ترکیبی (طبق ضوابط مربوطه)

7) وسایل گرمایش و سرمایش برای ایجاد شرایط مناسب جهت نگهداری داروها

امضاء

معاون/ مدیر غذا و دارو