

بسمه تعالی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی بیرجند

معاونت غذا و دارو

اداره نظارت بر امور دارو و مواد مخدر

فرم بازرسی از نحوه نگهداری و مصرف ادویه مخدر در بیمارستانها و مراکز درمانی

زایشگاه

دولتی

۱- تاریخ بازرسی

نام بیمارستان

واقع در شهرستان

خصوصی

داروخانه

خیریه

۲- نام مسئول نگهداری و توزیع ادویه مخدر

۳- محل نگهداری ادویه مخدر

قابل حفاظت است قابل حفاظت نیست

۴- دفتر ثبت ادویه مخدر

روزانه ثبت شده ناقص ثبت شده ثبت نشده

۵- نسخ داروی مصرفی مطابق نمونه کامل بوده

ناقص بود

۶- نسخ دارو پوکه های مصرفی موجود بود

ناقص بود موجود نبود

۷- مقدار مصرفی با موجودی دارو مطابقت داشت

مطابقت نداشت

۸- دارو تاریخ منقضی موجود بود

موجود نبود

در صورتیکه ستوهای (۶ و ۷) مطابقت نداشت مقدار اختلاف به تفصیل نوشته شود

نام و نام خانوادگی

مدیر داروخانه و مسئول امور دارویی دانشگاه

نام و نام خانوادگی

بازرس

امضاء

امضاء

نام و شهرت و امضاء رئیس بیمارستان