

« ضمیمه شماره 1 »

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

« فرم ثبت درخواست تأسیس داروخانه »

دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

احتراماً، اینجانب فرزند به شماره شناسنامه صادره از متولد محل تولد شماره ملی تابعیت: دین: ساکن: تلفن:

با تقدیم مدارک: الف - تصویر مدرک تحصیلی، ب - تصویر صفحه اول شناسنامه و در صورت داشتن توضیحات، تصویر صفحه آخر

ج - گواهی تاریخ فارغ التحصیلی از دانشگاه محل تحصیل

د - مدارک زیر دال بر کسب حد نصاب امتیاز محل مورد تقاضا (اشتغال و ایثارگری)

ردیف	نام دقیق محل خدمت	شهر / روستا	امتیاز محل	تاریخ شروع فعالیت	تاریخ خاتمه فعالیت	امتیاز متقاضی
					امتیاز ایثارگری	
					امتیاز مجموع سوابق	

متقاضی تأسیس داروخانه در موارد ذیل می باشم:

نام دقیق محل مورد تقاضا (شهر، روستا)	نوع فعالیت داروخانه مورد تقاضا (روزانه، نیمه روز، شبانه روزی)
1-	
2-	
3-	

همچنین قبلاً مجوز تأسیس داروخانه در شهر / روستا تابع شهرستان دانشگاه علوم پزشکی اخذ نموده و سپس مجوز آنرا ابطال نموده ام.
اینجانب متعهد می شوم که اطلاعات فوق صحیح بوده و در صورت اثبات خلاف اظهارات اعلام شده، دانشگاه مجاز به لغو مجوز صادره خواهد بود.

نام و نام خانوادگی - امضاء متقاضی

✂

تقاضای ثبت نام خانم/آقای جهت تأسیس داروخانه دریافت و به شماره در تاریخ در این دبیرخانه ثبت گردید.	رسید متقاضی
مهر و امضای دبیرخانه	

تذکر: هر گونه تغییر آدرس و شماره تلفن می بایست در اسرع وقت به اطلاع امور دارویی دانشگاه برسد و در صورت عدم اطلاع به

دانشگاه، حقی برای متقاضی محفوظ نمی باشد.

« ضمیمه شماره 2 »

« فرم بررسی تقاضای تأسیس داروخانه در کمیسیون قانونی ماده 20 »

الف (مشخصات متقاضی :

1- نام : نام خانوادگی : فرزند: شماره شناسنامه :

محل صدور : تاریخ تولد : محل تولد : شماره ملی :

ساکن : تلفن:

2- در صورتیکه درخواست تأسیس از طرف تعاونی داروسازان باشد، نام تعاونی متقاضی :
(با ارائه تصویر اساسنامه و آگهی روزنامه رسمی و تأییدیه اداره تعاون)

ب (مشخصات محل مورد تقاضا جهت تأسیس داروخانه :

1- نام محل مورد تقاضا (به تفکیک شهر یا روستا) :

2- جمعیت شهر یا روستای مورد تقاضا :

جمع	شبانه روزی			نیمه وقت			روزانه			3- امکانات دارویی محل
	داخلی بیمارستانی	داخلی درمانگاهی	آزاد	داخلی بیمارستان	داخلی درمانگاهی	آزاد	داخلی بیمارستانی	داخلی درمانگاهی	آزاد	
										تعداد داروخانه های دایر دارای مجوز تأسیس
										تعداد داروخانه های دایر فاقد مجوز تأسیس
										تعداد مجوزهای دارای مهلت تأسیس داروخانه جهت بهره برداری در محل
										تعداد داروخانه هایی که به طور موقت تعطیل می باشند.
										جمع

4- امکانات درمانی محل :

تعداد درمانگاه (دولتی و خصوصی):

تعداد بیمارستان :

تعداد مطب آزاد :



شبانه روزی



نیمه روز



روزانه

ج (نوع داروخانه مورد تقاضا :

نام و نام خانوادگی کارشناس تکمیل کننده فرم:

تاریخ و امضاء :

« ضمیمه شماره 4 »

« فرم کارشناسی بازدید از محل داروخانه »

نام و نام خانوادگی مؤسس: نام داروخانه:

نوع تقاضا ☐ تأسیس ☐ انتقال محل

آدرس فعلی داروخانه (در صورت تقاضای انتقال محل):

آدرس دقیق محل معرفی شده: (کروکی محل جدید نیز در پشت صفحه درج گردد).

مساحت کف داروخانه طول و عرض داروخانه

انبار داروخانه: ☐ زیر زمین ☐ بالکن ☐ هیچکدام

چنانچه انبار خارج از محل داروخانه باشد آدرس انبار:

نام و فاصله نزدیکترین داروخانه:

نظریه کارشناسی: محل مورد نظر با ضوابط و آیین نامه داروخانه ها مغایرت ☐ دارد ☐ ندارد

توضیحات:

نام و نام خانوادگی کارشناس تاریخ بازدید امضاء

تأیید و امضاء معاون غذا و دارو
دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

« فرم اعلام نتیجه بازرسی از محل داروخانه »

شماره :

تاریخ :

جناب آقای / سرکار خانم

سلام علیکم

بدینوسیله به اطلاع میرساند با درخواست کارشناسی محل مورد معرفی به

آدرس :

جهت 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 بیمه‌گر 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

« ضمیمه شماره 6 »

« معرفی نامه مسئول فنی داروخانه »

معاون / مدیر محترم غذا و دارو
 اینجانب..... مؤسس داروخانه/ متقاضی تأسیس در شهر/روستا.....
 ضمن اعلام اینکه به انجام وظایف خود طبق شرح وظایف مؤسس مندرج در آئین نامه داروخانه ها خصوصاً تبادلات مالی و
 صدور چک فقط به نام اینجانب متعهد می شود:
 بدینوسیله خانم/آقای را جهت پذیرش مسئولیت فنی ساعت تا
 این داروخانه معرفی می نماید.

امضاء و تاریخ

- این قسمت توسط متقاضی پذیرش مسئولیت فنی تکمیل گردد:

مشخصات متقاضی

نام و نام خانوادگی : شماره شناسنامه : محل صدور : تاریخ تولد
 محل تولد : شماره ملی : آخرین مدرک تحصیلی و تاریخ دریافت آن :
 ساکن :
 مسئولیت فنی داروخانه: شهرستان: به آدرس : (استان شهرستان
 شهر / روستا خیابان پلاک) در ساعات فوق را می پذیرم / خواهم پذیرفت.
 تذکر : در صورتیکه مجوز داروخانه صادر نگردیده باشد نیازی به تکمیل آدرس نمی باشد.
 1- سوابق اشتغال متقاضی در بخشهای دولتی و غیر دولتی تا کنون بشرح زیر (ده سال اخیر) :

ردیف	نوع کار	محل خدمت و آدرس آن	تاریخ شروع	تاریخ خاتمه

مهر و امضای متقاضی

تاریخ

تذکر : چنانچه صلاحیت متقاضی تاکنون توسط کمیسیون ماده 20 هیچیک از دانشگاهها / دانشکده های علوم پزشکی تأیید نشده باشد، لازم است موضوع تأیید صلاحیت فنی متقاضی در کمیسیون مطرح گردد.

« ضمیمه شماره 7 »

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

کد داروخانه:

عکس

3×4

پشت نویسی شود

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

« پروانه تأسیس داروخانه »

(نیمه وقت، تمام وقت / شبانه روزی)

نام داروخانه شهر/روستا

باستناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی و چهار و

اصلاحات بعدی آن و آئین نامه های مربوطه

مدارک پیشنهادی آقای / خانم

فرزند

متولد سال

دارای شماره شناسنامه

شماره ملی

صادره از

با مدرک تحصیلی

در کمیسیون مورخ

امور داروخانه ها مطرح و مورد

تأیید قرار گرفت. بنابراین به نامبرده اجازه داده می شود داروخانه مورد تقاضا را در شهر/ روستا

تأسیس نماید.

پلاک

خیابان

مدت اعتبار پروانه صادره با توجه به ارزشیابی عملکرد داروخانه و با رعایت ضوابط مربوطه حداکثر به مدت 5 سال

خواهد بود.

◀ تذکر : فعالیت داروخانه منوط به حضور مسئول فنی واجد شرایط می باشد.

معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه

«ادامه ضمیمه شماره 7»**وظایف مؤسس طبق آئین نامه داروخانه ها:**

- 1) رعایت شئونات اسلامی، اخلاقی و مسایل حرفه ای در داروخانه
- 2) اشراف بر امور داروخانه (به غیر از وظایف مسئول فنی) به طوری که شرح وظایف مؤسس را رعایت نماید.
- 3) رعایت و اجرای نظریات و پیشنهادات فنی و بهداشتی مسئول فنی داروخانه
- 4) تدارک و تمهیدات لازم برای تجهیز فعالیت بهینه داروخانه
- 5) تأمین و تدارک اقلام دارویی و مواداولیه مورد نیاز ساخت داروهای ترکیبی، شیرخشک، مکملهای غذایی، غذاهای کمکی شیرخواران، فرآورده های آرایشی، بهداشتی و لوازم مصرفی پزشکی دارویی و تجهیزات پزشکی و ملزومات دارویی مجاز از طریق شرکتهای معتبر مورد تأیید وزارت طبق ضوابط و با نظارت مسئول فنی
- 6) تأمین کادر فنی و خدماتی واجد شرایط در داروخانه طبق ضوابط
- 7) رعایت نظافت و بهداشت عمومی داروخانه
- 8) اجرا و رعایت کلیه مقررات، ضوابط و دستورالعملها و تذکرات دانشگاه و وزارت و در صورت لزوم ابلاغ به کارکنان داروخانه
- 9) تأمین لباس کار به رنگ مناسب (مطابق ضوابط اعلام شده از سوی اداره کل)
- 10) پرداخت به موقع حقوق و مزایای مسئول فنی و کارکنان داروخانه طبق قرارداد منعقد و قوانین مربوطه از جمله قانون کار
- 11) افتتاح حساب بانکی و ارائه چک به شرکتهای پخش دارو تنها به نام خود و اعلام آن به شرکتهای پخش و سازمانهای بیمه گر جهت تنظیم گردش مالی داروخانه از طریق حساب فوق
- 12) همکاری با بازرسین دانشگاه، اداره کل و معاونت
- 13) رفع نواقص و مشکلات ابلاغی داروخانه توسط دانشگاه به نحوی که در ارزشیابی سالیانه داروخانه روند تلاش داروخانه به بهبود کیفیت خدمات ملموس باشد.

• **تبصره -** علاوه بر وظایف مذکور مؤسس پاسخگویی کلیه امور داروخانه باشد.

« ضمیمه شماره 8 »

شماره ثبت دبیرخانه :

تاریخ :

کد داروخانه:

عکس

3×4

پشت نویسی شود

وزارت بهداشت، درمان و آموزش پزشکی

دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

« پروانه مسئول فنی صبح/عصر/شب داروخانه »

(نیمه وقت ، تمام وقت / شبانه روزی)

نام داروخانه شهر/روستا

باستناد قانون مربوط به مقررات امور پزشکی و دارویی مصوب خرداد ماه یکهزار و سیصد و سی چهار و اصلاحات

بعدی آن و آئین نامه های مربوطه

صلاحیت آقای / خانم

فرزند:

متولد سال:

دارای شماره شناسنامه:

شماره ملی :

صادره از:

و نظام پزشکی شماره:

با مدرک تحصیلی:

و پروانه داروسازی شماره

مورخ

بررسی و مورد تأیید قرار گرفت . لذا به نامبرده اجازه داده می شود تاسمئولیت فنی داروخانه

واقع

در شهر / روستا

خیابان

پلاک

از ساعت

الی

را بر عهده گیرد.

مسئول فنی موظف است در کلیه ساعات یاد شده در داروخانه حضور فعال داشته و با رعایت کامل مقررات و

ضوابط علمی و حرفه ای انجام وظیفه نماید.

مدت اعتبار این پروانه با رعایت قانون آموزش مداوم گروه پزشکی (داروسازان) حداکثر به مدت -- سال خواهد بود.

معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه

«داده ضمیمه شماره 8»**◀ وظایف مسئول فنی طبق آئین نامه داروخانه ها:**

- **مسئول فنی علاوه بر رعایت قوانین و مقررات موجود ملزم به رعایت ضوابط علمی و حرفه ای مربوطه می باشد.**
- (1) حضور فعال در داروخانه در ساعات تعیین شده مطابق آیین نامه**
- (2) کنترل نسخ و ارائه داروهای تجویز شده طبق ضوابط و امضاء و مَمهور نمودن آنها**
- (3) عرضه داروهای بدون نسخه مطابق فهرست و ضوابط اعلام شده از سوی وزارت و ارائه راهنمایی دارویی جهت استفاده از آنها**
- (4) رعایت ضوابط مربوط به بسته بندی مجدد داروهای تجویز شده با ارائه توضیحات لازم و تحویل بهداشتی آنها**
- (5) بررسی موارد ابهام و در صورت لزوم جایگزینی اقلام در نسخ تجویزی، پس از مشاوره با پزشک معالج**
- (6) اعمال نظارت بر شرایط نگهداری داروها، شکل ظاهری، کیفیت فیزیکی و تاریخ مصرف و نحوه تدارک و عرضه داروها**
- (7) ساخت و ارائه داروهای ترکیبی طبق ضوابط با توجه به اصول علمی و فنی بنحوی که مانع سایر وظایف قانونی وی نگردد.**
- (8) جلوگیری از دخالت افراد غیرمجاز در امور فنی داروخانه**
- (9) استفاده از روپوش سفید با نصب پلاک مشخصات**
- (10) همکاری با بازرس یا بازرسان دانشگاه یا وزارت**
- (11) تکمیل فرم ارزیابی فعالیت داروخانه طبق ضوابط و نگهداری در داروخانه جهت ارائه به بازرسین دانشگاه**
- (12) تکمیل و ارسال پرسشنامه ها برای امور اطلاع رسانی و تحقیقاتی در ارتباط با برنامه تنظیم شده توسط وزارت**
- (13) نظارت بر اجرای Recall و انعکاس موارد بررسی جهت جمع آوری و عودت داروها طبق ضوابط**
- (14) تلاش در جهت ارتقای کیفیت ارائه خدمات به نحوی که روند بهبود در ارزشیابی سالانه داروخانه توسط دانشگاه ملموس باشد.**

« ضمیمه شماره 10 »

« فرم درخواست ابطال و تأسیس همزمان داروخانه در همان محل »

دانشگاه / دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی

معاون/مدیر محترم غذا و دارو

بدینوسیله اینجانب / اینجانبان..... درخواست ابطال مجوز تأسیس داروخانه
خود به نام با کد شماره واقع در شهر/ روستا
خیابان کوچه پلاک را داشته و تقاضا می گردد تا صلاحیت
خانم/آقای بطور همزمان جهت تأسیس داروخانه در همان محل مورد رسیدگی قرار گیرد.
ضمناً در صورت موافقت کمیسیون قانونی با درخواست اینجانب/اینجانبان □ نسبت به اخذ مفاسد حساب
شرکتهای پخش دارو اقدام نموده و مسئولیت قانونی مربوط به بدهی مالی داروخانه را تا تاریخ موافقت کمیسیون
مذکور به عهده می گیرم □/می گیریم □.

تاریخ :

نام و نام خانوادگی و امضای مؤسس / مؤسسين

بدینوسیله اینجانب متقاضی تأسیس داروخانه در محل داروخانه سابق.....
می باشم و تقاضای بررسی صلاحیت خود به عنوان مؤسس جدید را دارم.

نام و نام خانوادگی

تاریخ و امضای متقاضی

« ضمیمه شماره 11 »

« فرم کارشناسی بازدید » از محل داروخانه داخلی (آموزشی / غیرآموزشی)
بیمارستان..... (دولتی، خصوصی، خیریه، سایر.....)

شماره و تاریخ ثبت تقاضا:

آدرس دقیق محل بیمارستان:

تعداد تخت ثابت بیمارستانی:

- کروکی دقیق محل داروخانه در داخل بیمارستان:

مساحت کف داروخانه:

طول و عرض داروخانه:

کروکی دقیق محل انبار (در صورتیکه بیمارستان دارای انبار مرکزی است محل دقیق انبار دارو و لوازم وابسته در آن مشخص گردد).

- مساحت کف انبار دارو و لوازم وابسته:

الف) فضای داروخانه دارای :

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1- لوله کشی آب | <input type="checkbox"/> 7- دستگاه تهویه |
| <input type="checkbox"/> 2- برق | <input type="checkbox"/> 8- یخچال (دارای دیتالاگر) |
| <input type="checkbox"/> 3- تلفن | <input type="checkbox"/> 9- دماسنج |
| <input type="checkbox"/> 4- رایانه | <input type="checkbox"/> 10- میز کار و پیشخوان |
| <input type="checkbox"/> 5- قفسه بندی مناسب | <input type="checkbox"/> 11- دستشویی |
| <input type="checkbox"/> 6- نور کافی | <input type="checkbox"/> 12- امکانات رفاهی و محل استراحت کارکنان |
| <input type="checkbox"/> 13- بهداشتی بودن کف و دیوارها و قابل شستشو بودن کف داروخانه | |
| <input type="checkbox"/> 14- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی) | |
| <input type="checkbox"/> 15- در صورت داشتن بخش داروهای ترکیبی غیر استریل - فضای مناسب و لوازم ساخت کافی | |

«/داده ضمیمه شماره 11»

(ب) فضای انبارداری :

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 1- قفسه بندی و پالت مناسب | <input type="checkbox"/> 9- جلوگیری از تابش نور خورشید در پنجره ها و سقف |
| <input type="checkbox"/> 2- سقف عایق بندی شده | <input type="checkbox"/> 10- سیستم گرما و سرما مناسب (ترجیحاً خشک) |
| <input type="checkbox"/> 3- کف محکم (ترجیحاً بتونی) | <input type="checkbox"/> 11- دماسنج ماکزیمم و مینیمم و رطوبت سنج |
| <input type="checkbox"/> 4- دستگاه تهویه | <input type="checkbox"/> 12- سردخانه با وسعت کافی برای داروهای خاص (دارای دیتالاگر) |
| <input type="checkbox"/> 5- تلفن | <input type="checkbox"/> 13- انبار مجزا برای نگهداری مواد اولیه |
| <input type="checkbox"/> 6- رایانه | <input type="checkbox"/> 14- توری سیمی و حافظ پنجره ها |
| <input type="checkbox"/> 7- جارو برقی صنعتی | <input type="checkbox"/> 15- وسایل جابجایی (لیفتراک، بالابر و چرخ دستی) |
| <input type="checkbox"/> 8- وسایل ایمنی (اعلام حریق اتوماتیک و کپسول آتش نشانی و شلنگ آب در معرض دید) | <input type="checkbox"/> |

✍ نظریه کارشناسی :

- 1) محل معرفی شده برای داروخانه از نظر فضا، محل استقرار و مسایل فنی، بهداشتی و ایمنی با توجه به مقررات جاری مورد تأیید می باشد ☐ / نمی باشد ☐.
- 2) انبار دارو و لوازم وابسته از نظر داشتن فضای کافی و مسائل فنی، بهداشتی و ایمنی دارای شرایط لازم مورد تأیید می باشد ☐ / نمی باشد ☐.

امضاء :

تاریخ بازدید :

نام و نام خانوادگی کارشناس :

نظر معاون / مدیر غذا و دارو دانشگاه/دانشکده علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی..... :

محل معرفی شده جهت احداث داروخانه داخلی بیمارستان با توجه به آیین نامه، ضوابط داروخانه ها و نظریه کارشناسی بازدید از محل مورد تأیید می باشد ☐ / نمی باشد ☐.

نام و نام خانوادگی

معاون/مدیر غذا و دارو دانشگاه

تاریخ و امضاء