

دستورالعمل فرم شماره ۶۰۶

- نام داروخانه: شامل عنوانی است که داروخانه تحت آن نام مکاتبه می‌کند.
- آدرس دقیق پستی و تلفن: منظور آدرس دقیق پستی و شماره تلفن داروخانه می‌باشد که در صورت داشتن فاکس نیز ذکر شماره آن ضروری است.
- سال بهره برداری از واحد: زمانی است که داروخانه آماده پذیرش شده است.
- تحت پوشش: داروخانه ممکن است تحت پوشش موسساتی از قبیل دانشگاه علوم پزشکی، بخش خصوصی، انجمن خیریه، سازمان تأمین اجتماعی و سایر نهادها و سازمانهای دیگر باشد که لازم است نام آن دقیقاً قید گردد.
- نام و نام خانوادگی مسئول فنی: در این قسمت نام و نام خانوادگی مسئول فنی قید گردد.
- نوع مالکیت: در این قسمت با توجه به موارد تعیین شده نوع مالکیت در مربع مربوطه علامت زده می‌شود، در صورت استیجاری بودن میزان اجاره ماهیانه واحد نیز مشخص گردد.
- بیمه: با توجه به مفاد قانون خدمات درمانی کلیه واحدهای درمانی که سازمان خدمات درمانی یا سازمان تأمین اجتماعی و یا سایر سازمانها را به عنوان دستگاه بیمه گر خود انتخاب می‌نمایند جزء مشمولین قرارداد با آن سازمان محسوب شده و در قسمت مربوطه با علامت ضربدر مشخص می‌گردد.
- ساعت کار: بر حسب نیمه وقت، تمام وقت و شبانه روزی بودن در محل مربوطه با علامت ضربدر مشخص می‌شود.
- مساحت: مساحت زیر بنا به متر مربع در قسمت مربوطه نوشته می‌شود.
- تعداد خطوط تلفن، تعداد کامپیوتر: در محل مربوطه قید گردد.
- تجهیزات و لوازم ضروری: در صورت داشتن هر یک از موارد ذکر شده علامت ضربدر در مربع مربوطه گذاشته شود.
- آمار نیروی انسانی: آمار پرسنلی به تفکیکهای موجود در قسمتهای مربوطه قید گردد و آمار کارکنان شرکتی در ستون قراردادی، پیمانی قید گردد.

توجه:

- ۱ - تکمیل قسمتهای بالا و پائین فرم الزامی است، در صورت ناخوانا و ناقص بودن، فرم فاقد اعتبار بوده و عیناً عودت داده می‌شود.
- ۲ - مسئولیت صحت اطلاعات مندرج در فرم به عهده مسئول واحد می‌باشد.

مشخصات داروخانه

۱ - نام داروخانه:

۲ - آدرس دقیق پستی: تلفن: شماره:

شماره و تاریخ پروانه تأسیس:

۳ - شماره و تاریخ پروانه تأسیس:

۴ - وابسته به: دانشگاه علوم پزشکی ☐ سازمان تأمین اجتماعی ☐ بخش خصوصی ☐ خیریه ☐ سایر نهادها و ارگانها ☐ (با ذکر نام:)

۵ - نوع مالکیت ساختمان (غیر از بخش خصوصی و خیریه): ملکی ☐ وقفی ☐ استیجاری ☐ (میزان اجاره ماهیانه: ریال)

۶ - مشخصات مسئول یا مسئولین فی داروخانه:

ردیف	نام و نام خانوادگی	مدرک تحصیلی	شیفت کاری
۱			
۲			
۳			

۷ وضعیت		۸ شیفت کاری			۹ مساحت زیر بنا (متر مربع)	۱۰ تعداد خطوط تلفن مستقیم	۱۱ تعداد کامپیوتر فعال
مستقل	غیر مستقل تابعه مردم	۱ شیفت	۲ شیفت	شبانه روزی			

۱۲ - صریح سهمیه دارویی داروخانه:

۱۴ - نیروی انسانی داروخانه:

نیروی انسانی		جنس	مرد	زن	جمع کل
تحصیلات دانشگاهی	رشته داروسازی	متخصص			
		P.h.D			
		دکتری حرفه‌ای			
	سایر رشته‌ها	کارشناس			
		کارشناس ارشد و بالاتر			
		کارشناس			
		کارآزم			
		نحربی			
سایر کارکنان					

۱۳ - تجهیزات و لوازم موجود (با علامت x مشخص شود):

- ☐ برق اضطراری ☐ سیستم تهویه مطبوع
☐ گاز شهری ☐ کولر
☐ یخچال ☐ بخاری
☐ شومیز ☐ وسیله اطفاء حریق
☐ هواکش

بر سطح شهرستان تاریخ تکمیل فرم: نام و امضاء تکمیل کننده: مسئول هی داروخانه: مسئول امور شهرستان:

بر سطح بیمارستان/مؤسسه پزشکی نام و امضاء: رئیس/رئیس هیات مدیره بیمارستان/مؤسسه: مدیر امور و اطلاع رسانی: