



معاونت غذا و دارو

« واحد تحقیق و توسعه »

دانشگاه علوم پزشکی و
خدمات بهداشتی درمانی آبادان

فرم ارزشیابی فعالیت نمایندگان (رابطین) ADR در بیمارستان ها

تاریخ بازدید:		ساعت بازدید:	
نام بیمارستان:		نوع بیمارستان:	
آدرس بیمارستان:		تعداد تخت مصوب:	
		تعداد تخت فعال:	
شماره تلفن: (حتی الامکان شماره مستقیم محل فعالیت نماینده ADR)		شماره فکس:	

نام و نام خانوادگی نماینده ADR:

مدرک تحصیلی:

شماره نظام پزشکی:

شماره همراه:

آدرس پست الکترونیک:

۱	آیا فرم های ADR در تمامی بخش های بیمارستان وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲	آیا صندوق ADR در محل مناسب نصب شده است؟ محل نصب صندوق:	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۳	آیا صندوق ADR در بخش های بیمارستان معرفی شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۴	آیا صندوق ADR به صورت روزانه تخلیه می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۵	آیا تابلوی مخصوص ADR در محل مناسب نصب شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۶	آیا پوستر در بیمارستان در صورت ارسال، نصب شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۷	آیا اطلاعیه ها در تمامی بخش های بیمارستان توزیع گشته است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۸	روش عرضه فرم های ADR به چه صورت می باشد؟ تحويل به سرپرستار بخش ها <input type="checkbox"/> صندوق ADR <input type="checkbox"/> ارائه در جلسات آموزشی <input type="checkbox"/> سایر موارد <input type="checkbox"/> توضیح دهید:		
۹	ثبت اطلاعات فرم ADR در رایانه انجام می شود؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۰	تعداد گزارش های ارسالی به مرکز ADR توسط رابط ADR بیمارستانی در هر سال: ۱- عوارض دارویی : ۲- اشتباهات داروپزشکی : الف- مشکلات در بسته بندی ب- شباهتهای شکل ظاهری داروها ج- مشکلات فیزیکی شیمیایی د- عدم اثربخشی ه- شباهت در نام داروها	سال گذشته	سال جاری

۱۱	کارگاه یا سمینار یا جلسات توجیهی برای افزایش آگاهی پرسنل بیمارستان در خصوص گزارش‌دهی عوارض، برگزار گردیده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۲	خط تلفن مجزا برای گزارش‌دهی عوارض وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۳	کامپیوتر برای فعالیت‌های ADR بیمارستانی موجود است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۴	نماینده ADR بیمارستان گواهی شرکت در کارگاه ایمنی دارویی دارد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۵	میزان همکاری در خصوص پیگیری جهت تکمیل اطلاعات عوارض گزارش شده [توسط مرکز ADR تکمیل می‌شود]		
۱۶	آیا موارد جدی طی ۲۴ ساعت گزارش شده است؟ [توسط مرکز ADR تکمیل می‌شود]		
۱۷	سایر فعالیتهای خلاق در جهت افزایش گزارش‌دهی به مرکز ADR.		
۱۸	آیا آرشیوی از گزارشات ADR ارسالی در بیمارستان وجود دارد؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۱۹	آیا با سایت ADR و یا معاونت غذا و داروی دانشگاه آشنا هستند؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۰	آیا برای دریافت اطلاعاتی‌های ADR به سایت مراجعه می‌کنند؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>
۲۱	آیا دستورالعمل گزارش‌دهی عوارض و اشتباهات دارویی توسط نماینده ADR دریافت شده است؟	بله <input type="checkbox"/>	خیر <input type="checkbox"/>

توضیحات:

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی و امضاء نماینده ADR:

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسان: