



دانشگاه علوم پزشکی شیراز

معاونت غذا و دارو

فرم ارزشیابی فعالیت نمایندگان (رابطین) ADR در بیمارستان ها

"واحد عوارض ناخواسته دارویی"

نام بیمارستان:	تاریخ بازدید:	ساعت بازدید:
شماره تماس (حتی الامکان شماره مستقیم محل فعالیت نماینده ADR)	شماره فکس:	

نام و نام خانوادگی نماینده ADR:

مدرک تحصیلی:

شماره همراه:

آدرس پست الکترونیک:

۱	آیا دسترسی به فرم های ADR (در ایستگاه پرستاری) تمامی بخش های بیمارستان وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐
۳	آیا صندوق ADR / فرد مسئول جمع آوری گزارش های ADR در بخش های بیمارستان معرفی شده است؟	بله ☐	خیر ☐
۴	آیا صندوق ADR به صورت روزانه تخلیه می شود / فرم ها روزانه ارزیابی می شود؟	بله ☐	خیر ☐
۵	آیا تابلوی ADR در محل مناسب نصب شده است؟ محل نصب تابلو:	بله ☐	خیر ☐
۶	آیا پوستر در بیمارستان در صورت ارسال، نصب شده است؟	بله ☐	خیر ☐
۷	آیا اطلاعیه ها در تمامی بخش های بیمارستان توزیع گشته است؟	بله ☐	خیر ☐
۸	روش عرضه فرم های ADR به چه صورت می باشد؟ تحويل به سرپرستار بخش ها ☐ صندوق ADR ☐ ارائه در جلسات آموزشی ☐ سایر موارد ☐ توضیح دهید:		
۹	ثبت اطلاعات فرم ADR از طریق رایانه یا نرم افزار موبایل انجام می شود؟	بله ☐	خیر ☐
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:شبهات های شکل ظاهری داروها ج.مشکلات فیزیکی شیمیایی د.عدم اثر بخشی ه.شبهات در نام داروها	سال گذشته	سال جاری
۱۱	کارگاه یا سمینار یا جلسات توجیهی برای افزایش آگاهی پرسنل بیمارستان در خصوص گزارش دهی عوارض، با همکاری نماینده ADR برگزار گردیده است؟	بله ☐ تاریخ برگزاری دوره آموزشی:	خیر ☐
۱۲	خط تلفن مجزا مجهز به پیغامگیر برای گزارش دهی عوارض وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐

۱۳	کامپیوتر برای فعالیت های ADR بیمارستانی موجود است؟	بله ☐	خیر ☐
۱۴	نماینده ADR بیمارستان گواهی شرکت در کارگاه فارماکوویژیلانس را دارد؟	بله ☐	خیر ☐
۱۵	میزان همکاری در خصوص پیگیری جهت تکمیل اطلاعات عوارض گزارش شده [توسط مرکز ADR تکمیل می شود]		
۱۶	آیا موارد جدی طی ۲۴ ساعت گزارش شده است؟ [توسط مرکز ADR تکمیل می شود]		
۱۷	سایر فعالیت های خلاق در جهت افزایش گزارش دهی به مرکز ADR.		
۱۸	آیا آرشیوی از گزارشات ADR ارسالی در بیمارستان وجود دارد؟	بله ☐	خیر ☐
۱۹	آیا با سایت ADR و یا معاونت غذا و داروی دانشگاه آشنا هستند؟	بله ☐	خیر ☐
۲۰	آیا برای دریافت اطلاعاتی های ADR به سایت مراجعه می کنند؟	بله ☐	خیر ☐
۲۱	آیا دستورالعمل گزارش دهی عوارض و اشتباهات دارویی توسط نماینده ADR دریافت شده است؟	بله ☐	خیر ☐

توضیحات:

.....

.....

.....

.....

.....

نام و نام خانوادگی و امضاء نماینده ADR :

نام و نام خانوادگی و امضاء بازرسان:

.....

.....