

**แบบคำขอประเมินร้านยาคุณภาพ**

ประกาศ ณ. ๑ มกราคม ๒๕๖๗

( เริ่มใช้ ๑ กุมภาพันธ์ ๒๕๖๗)

**คำขอ**

**ประเมินทุกส่วน ( กรอกรายละเอียด แนบ รูป และ เอกสาร )**

( ) ประเมินเพื่อขอรับรองใหม่ ( ) ประเมินเพื่อต่ออายุร้านยาคุณภาพ

( ) ย้าย หรือ เปลี่ยนสถานที่ ( ) เปลี่ยนผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

( ) เปลี่ยนผู้รับอนุญาต

**ไม่ต้องประเมินใหม่ ( กรอกรายละเอียดการเปลี่ยนแปลง พร้อมแนบเอกสาร )**

( ) เปลี่ยนผู้ดำเนินกิจการ สถานที่เดิม (บุคคล เป็น นิติบุคคล หรือ จาก นิติบุคคล เป็นบุคคล )

( ) เปลี่ยนชื่อร้าน ( สถานที่ ผู้รับอนุญาต และ เภสัชกร คงเดิม )

**ผู้ส่งคำขอ** ชื่อ.....................................สกุล.......................................อีเมล์...........................................

โทร.......................................Line Id………………………………….

**ความเกี่ยวข้องกับร้านยา** ( ) ผู้ดำเนินกิจการ / ผู้รับอนุญาต ( ) เภสัชกร ( ) อื่นๆ ระบุ.....................

**ส่วนที่ 1 : ข้อมูลร้านยา**

* 1. **ชื่อร้าน**.....................................................รหัสหน่วยบริการ D.................เลขที่....................หมู่ที่..............

ถนน...............................แขวง.......................เขต..............................จังหวัด....................รหัสไปรษณีย์..........................

โทร..........................e-mail............................................Line ID…………………………………….เวลาทำการของร้าน..................................................................ละติจูด ลองติจูด ของร้าน.............................................................

เฟสบุค / เพจ ของร้าน...................................................................

เป็นร้านยาคุณภาพ ตั้งแต่ปี พ.ศ......................เลขที่ใบเกียรติบัตร (เดิม )......................................

( ) ใบอนุญาต ขย 5 เลขที่....................... ( ) ใบ อนุญาตขายยาเสพติดให้โทษประเภท 3 เลขที่..................................

( ) ใบอนุญาตจำหน่ายวัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตประสาท เลขที่.......................................................

1.2 **ชื่อผู้รับอนุญาต**.................................................................. ( ) บุคคล ( ) นิติบุคคล /บริษัท........

ชื่อเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ชื่อ สกุล | เลข ภ. | เวลาปฏิบัติการ | Full Time | Part time | วันที่ให้ข้อมูล |
|  |  |  |  |  |  |

1.3 **ลักษณะร้าน** .............คูหา ................ตารางเมตร

( ) ร้านเดี่ยว ( ) Chain หรือ Franchise หรือ มีสาขา ระบุ ชื่อ.....................................

( ) eXta ( ) Boots ( ) Pure ( ) Watson ( ) Fascino ( ) GPO

( ) Health up ( ) ร้านยากรุงเทพ ( ) ชัชชัยเภสัช ( ) ศาลาโอสถ ( ) อื่นๆระบุ ....

( ) ประเภทร้าน

( ) ร้านยาหน่วยร่วมบริการ สปสช.

( ) ร้านยาเครือข่ายสำนักอนามัย กทม.

( ) ร้านยาสร้างเสริมสุขภาพ สสส.

( ) ร้านยาหน่วยบริการ ประกันสังคม

( ) โครงการลดความแออัด

( ) โครงการ Common illness

1.4 **ระบบเทคโนโลยีที่มีใช้ในร้าน** : ตัวอย่าง เทคโนโลยีสารสนเทศต่างๆ /Platform /Software POS /อื่นๆ

( ) ไม่มี ( ) มี ระบุชื่อ .............................

ใช้ระบบนี้ ทำอะไรบ้าง..................................................................................................................

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **ระบบ / โปรแกรม / Software ที่มีในร้าน** | **การใช้ประโยชน์ / งานที่ทำ** |  |
| 1 |  | ( รูป) |
| 2 |  | ( รูป) |
| 3 |  | ( รูป) |
| 4 |  | ( รูป) |

1.5 **งานคุณภาพ ที่ต้องการให้ปรากฏแก่ประชาชน** เพื่อการประชาสัมพันธ์ และสื่อสารให้ประชาชนรู้ ( ในหมอพร้อม หรือใน Real Time Application หรือ ของสำนักงานรับรองร้านยาคุณภาพ ) ระบุ ........( ทั้งนี้..ให้เป็นงานที่ทำประจำและต่อเนื่อง )

( ) การคัดกรองความเสี่ยง เบาหวาน ความดัน ( รูป)

( ) บริการเลิกสูบบุหรี่ ( รูป)

( ) บริการติดตามการใช้ยาในโรคเรื้อรัง / MTM ( รูป)

( ) บริการเภสัชกรรมทาง Telepharmacy ( รูป)

( ) บริการปรึกษาปัญหาสุขภาพ การใช้ยา ( รูป)

( ) มี Page ให้ความรู้ ( รูป)

( ) มี Facebook ให้ความรู้ ( รูป)

( ) มี Line OA ของร้าน ( รูป)

( ) มี Application อื่นๆ ( รูป)

( ) กิจกรรมอื่นๆ ระบุ.......................................... ( รูป)

|  |
| --- |
| **ส่วนที่ 2 : การตรวจ GPP**  หมายเหตุ : รายการตรวจที่มีสีแดงคือรายการตรวจประเภท Critical |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
|  | **1.สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน** |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.1 สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน ต้องมีพื้นที่ขายให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา ติดต่อกันขนาดไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตรทั้งนี้ไม่รวมถึงพื้นที่เก็บสำรองยา โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร (Critical Defect)  พร้อม Lay out / Floor Plan ด้วย |  |
| ( รูป) | ข้อ 1.2 หากมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ ต้องมีพื้นที่เพียงพอ เก็บอย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง |  |
| ( รูป) | ข้อ 1.3 บริเวณสำหรับให้คำปรึกษาและแนะนำการใช้ยา ต้องเป็นสัดส่วนแยกออกจากส่วนบริการอื่นอย่างชัดเจน มีพื้นที่พอสำหรับการให้คำปรึกาษาและการจัดเก็บประวัติ รวมทั้งจัดให้มีโต๊ะเก้าอี้สำหรับเภสัชกรและผู้มารับคำปรึกษาอยู่ในบริเวณดังกล่าวพร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.4 สถานที่ขายยาต้องมีความมั่นคง มีทะเบียนบ้านที่ออกให้โดยส่วนราชการที่เกี่ยวข้องในกรณีที่เป็นอาคารชุด ต้องมีพื้นที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.5 สถานที่ขายยาต้องมีความแข็งแรงก่อสร้างด้วยวัสดุที่คงทนถาวร เป็นสัดส่วนชัดเจน (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.6 สถานที่ขายยาต้องถูกสุขลักษณะ สะอาด เป็นระเบียบเรียบร้อย มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงมารบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา และอากาศถ่ายเทสะดวก |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.7 สถานที่ขายยาต้องมีสภาพเหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพยา โดยในพื้นที่ขายยาและเก็บสำรองยา ต้องมีการถ่ายเทอากาศที่ดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์ยา (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.8 สถานที่ขายยาต้องมีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ยาและป้ายแสดงต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 1.9 บริเวณจัดวางยาอันตราย และยาควบคุมพิเศษในพื้นที่ของยา จะต้อง  1.9.1 มีพื้นที่เพียงพอในการจัดวางยาแยกตามประเภทของยาและสามารถติดป้ายแสดงประเภทของยาได้ชัดเจนตามหลักวิชาการ  1.9.2 จัดให้มีวัสดุทึบใช้ปิดบังบริเวณที่จัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ สำหรับปิดในเวลาที่เภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ และจัดให้มีป้ายแจ้งให้ผู้มารับบริการทราบว่าเภสัชกรหรือผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ (Critical lDefect) |  |
|  |
|  |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
|  | **2. อุปกรณ์** |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 2.1 ตู้เย็น จำนวน 1 เครื่อง (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษา ในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นสัดส่วนเฉพาะ ไม่ใช่เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อ 2.2 ถาดนับเม็ดยาอย่างน้อย 2 ถาดในสภาพใช้งานได้ดี และกรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยากลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยากลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยากลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยากลุ่มอื่นๆ (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 2.3 เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 2.4 เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ จำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ดี |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 2.5 มีอุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการจำนวน 1 เครื่อง ในสภาพที่ใช้งานได้ดี (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 2.6 อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง จำนวน 1 เครื่องในสภาพที่สามารถพร้อมใช้งานได้อย่างมีประสิทธิภาพ อยู่ในบริเวณสถานที่เก็บยา (Critical Defect) |  |
|  |
|  |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
|  | **3. หมวดบุคลากร** |  |
|  | ข้อที่ 3.1 เภสัชกรเป็นผู้มีความรู้ ความสามารถในการให้การบริการทางเภสัชกรรมชุมชน |  |
|  | ข้อที่ 3.2 พนักงานร้านยา ต้องมีความรู้เกี่ยวกับกฎหมายยา และงานที่ได้รับมอบหมายจนสามารถปฏิบัติงานได้ดี และผ่านการอบรมอย่างต่อเนื่องและเพียงพอั |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 3.3 เภสัชกรจะต้องแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาวติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร ทั้งนี้เป็นไปตามสมควรเหมาะสมแก่ฐานะและศักดิ์ศรีแห่งวิชาชีพเภสัชกรรม แสดงตนให้แตกต่างจากพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 3.4 การแต่งกายพนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา ต้องใส่สีเสื้อ ป้ายแสดงตนไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร | ห้ามใช้ “ ผู้ช่วยเภสัชกร ”  ห้ามใช้สี ฟ้า ขาว  ห้าม เสื้อแขนยาวสีขาว |
| ( รูป) | ข้อที่ 3.5 มีการแบ่งแยกบทบาท หน้าที่ และความรับผิดชอบของเภสัชกร พนักงานร้านยา และบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาในการให้บริการไว้อย่างชัดเจน โดยคำนึงถึงความถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
|  | **4. หมวดการควบคุมคุณภาพยา** |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.1 ต้องมีการคัดเลือกยา และจัดหายาจากผู้ผลิต ผู้นำเข้า ผู้จำหน่ายที่ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาและมีมาตรฐานตามหลักเกณฑ์วิธีการที่ดีในการผลิตจัดเก็บ และการขนส่ง (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.2 ต้องมีการเก็บรักษายา ภายใต้สภาวะอุณหภูมิที่เหมาะสม หลีกเลี่ยง แสงแดด เป็นไปตามหลักวิชาการเพื่อให้ยานั้นคงคุณภาพที่ดี |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.3 ต้องมีระบบตรวจสอบยาที่หมดอายุหรือเสื่อมคุณภาพที่มีประสิทธิภาพ เพื่อไม่ให้มีไว้ ณ จุดจ่ายยา (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.4 ต้องมีระบบการส่งคืนหรือทำลายยาที่หมดอายุ หรือยาเสื่อมคุณภาพให้ชัดเจน ถูกต้องตามหลักวิชาการ ไม่เป็นปัญหากับสิ่งแวดล้อม รวมถึงระบบการป้องกันการนำยาดังกล่าวไปจำหน่าย |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.5 ต้องมีระบบการตรวจสอบคุณภาพยาคืนหรือยาเปลี่ยน ก่อนกลับมาจำหน่ายโดยคำนึงถึงประสิทธิภาพของยาและความปลอดภัยของผู้ใช้ยา |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.6 ต้องจัดให้มีระบบเอกสารที่เกี่ยวกับการจัดหา จัดการคลังสินค้าและการจำหน่ายให้ถูกต้อง เป็นปัจจุบันสามารถสืบย้อนได้ |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 4.7 ต้องเลือกภาชนะบรรจุที่เหมาะสม เพื่อป้องกันไม่ให้ยาเสื่อมสภาพก่อนเวลาอันสมควรพร้อมฉลากยา |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ไฟล์แนบ | สิ่งที่ต้องตรวจสอบ |  |
|  | **5. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน** |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.1 การให้บริการทางเภสัชกรรม ตามหน้าที่ที่กฎหมายว่าด้วยยาและกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรมต้องปฏิบัติโดยเภสัชกร 5.1.1 มีป้ายตามที่กฎหมายกำหนดและติดตั้งถูกต้อง-ป้ายสถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน-ป้ายเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 5.1.2 มีใบอนุญาตตามที่กฎหมายกำหนดและติดตั้งถูกต้อง-ใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน-ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมของเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ 5.1.3 บัญชียาประเภทต่าง ๆ (เช่น ขย.๕ ขย.๑๑) และบันทึกถูกต้อง (Critical Defect) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.2 ต้องซักถามข้อมูลที่จำเป็นของผู้ที่มารับบริการ เพื่อประกอบการพิจารณาก่อนเลือกสรรยาหรือผลิตภัณฑ์สุขภาพที่มีประสิทธิภาพ ปลอดภัย เหมาะสมกับผู้ป่วยตามหลักวิชาการ สมเหตุสมผลตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพ |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.3 จัดให้มีฉลากบนซองบรรจุยา หรือภาชนะบรรจุยาอันตรายและยาควบคุมพิเศษที่ส่งมอบให้ผู้รับบริการโดยต้องแสดงข้อมูลอย่างน้อย ดังนี้ 5.3.1 ชื่อ ที่อยู่ของร้านขายยาและหมายเลขโทรศัพท์ที่สามารถติดต่อได้ 5.3.2 ข้อมูลเพื่อให้ผู้รับบริการใช้ยาได้อย่างถูกต้อง เหมาะสม ปลอดภัย ติดตามได้ดังนี้ – วันที่จ่าย-ชื่อผู้รับบริการ-ชื่อยาที่เป็นชื่อสามัญทางยา หรือชื่อการค้า ความแรงจำนวนจ่าย-ข้อบ่งใช้-วิธีใช้ยาที่ชัดเจนเข้าใจง่าย-ฉลากช่วย คำแนะนำ คำเตือน หรือเอกสารให้ความรู้เพิ่มเติม (ถ้าจำเป็น) – ลายมือชื่อเภสัชกร |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.4 การส่งมอบยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ ให้กับผู้มารับบริการเฉพาะราย ต้องกระทำโดยเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการเท่านั้น พร้อมให้คำแนะนำตามหลักวิชาการและจรรยาบรรณ แห่งวิชาชีพ โดยต้องให้ข้อมูลดังนี้-ชื่อยา-ข้อบ่งใช้-ขนาด และวิธีการใช้-ผลข้างเคียง (side effect) (ถ้ามี) และอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (Adverse Drug Reaction) ที่อาจเกิดขึ้น-ข้อควรระวังและข้อควรปฏิบัติในการใช้ยา-การปฏิบัติเมื่อเกิดปัญหาจากการใช้ยา) |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.5 มีกระบวนการในการป้องกันการแพ้ยาซ้ำของผู้มารับบริการที่มีประสิทธิภาพเหมาะสม |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.6 มีกระบวนการคัดกรองและส่งต่อผู้ป่วยที่เหมาะสม |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.7 กรณีที่มีการผลิตยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมหรือของผู้ประกอบโรคศิลปะที่สั่งสำหรับคนไข้เฉพาะรายหรือตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ สำหรับสัตว์เฉพาะรายและการแบ่งบรรจุยาในสถานที่ขายยาให้คำนึงถึงการปนเปื้อน การแพ้ยา โดยต้องจัดให้มีสถานที่ อุปกรณ์ตามที่กำหนดและเป็นไปตามมาตรฐานการประกอบวิชาชีพเภสัชกรรมด้านการผลิตยาสำหรับคนไข้เฉพาะรายของสภาเภสัชกรรม |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.8 ต้องจัดให้มีกระบวนการเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ พฤติกรรมการใช้ยาไม่เหมาะสม ปัญหาคุณภาพยา และรายงานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทราบ |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.9 จัดให้มีแหล่งข้อมูลอ้างอิงด้านยาที่เหมาะสมเชื่อถือได้ สำหรับใช้ในการให้บริการทางเภสัชกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาอย่างถูกต้อง ปลอดภัย รวมทั้งการให้บริการเภสัชสนเทศ |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.10 การจัดวางสื่อให้ความรู้และสื่อโฆษณาสำหรับผู้มารับบริการจะต้องได้รับคำยินยอมอย่างเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องควบคุม โดยจะต้องไม่โอ้อวด ไม่บิดเบือนความจริง ไม่สร้างความเข้าใจผิดให้ผู้บริโภค และต้องผ่านการอนุญาตถูกต้องตามกฎหมาย |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.11 การดำเนินกิจกรรมด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับผู้มารับบริการในร้านยา โดยบุคลากรอื่นซึ่งมิใช่เภสัชกรหรือพนักงานร้านยา จะต้องได้รับคำยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษรจากเภสัชกร และให้ถือเป็นความรับผิดชอบที่เภสัชกรจะต้องควบคุมกำกับการดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในสถานที่ขายยาให้ถูกต้องตามกฎหมายว่าด้วยยาหรือกฎหมายอื่นที่เกี่ยวข้องกับผลิตภัณฑ์สุขภาพนั้น ๆ รวมทั้งกฎหมายว่าด้วยวิชาชีพเภสัชกรรม |  |
| ( รูป) | ข้อที่ 5.12 ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบและเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกฮอล์ |  |

**ส่วนที่ 3 : การประเมิน “ งานคุณภาพ ”**

3.1 “**งานคุณภาพ** ”ในร้านของท่านมีอะไรบ้าง ( 10 คะแนน )

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **สิ่งที่ทำ / โครงการที่ร่วมงาน** | **ทำอย่างไร** | **จำนวน /หลักฐานเชิงประจักษ์** |  |
|  |  |  | ( รูป) |
|  |  |  | ( รูป) |
|  |  |  | ( รูป) |

**เกณฑ์คะแนน**

1 = มีแต่แบบฟอร์ม แนวทาง 2 = มีการทำ 1 เรื่อง แต่ไม่สม่ำเสมอ 5 = มีการทำ 1 เรื่อง แบบสม่ำเสมอ

6 = มีการทำมากกว่า 1 เรื่อง แบบไม่สม่ำเสมอ 1 เรื่อง 8 = มีการทำมากว่า 1 เรื่อง แบบสม่ำเสมอ

10 = มีการทำมากกว่า 1 เรื่อง สม่ำเสมอ และ สามารถสอนผู้อื่นได้

ความเห็นอื่นๆของผู้ประเมิน...........................................................................................................................................

**3.2** **การจัดการความเสี่ยง** ( 10 คะแนน )

ในร้านของท่านมีวีธี หรือ ระบบ หรือ แนวทางในการจัดการความเสี่ยงต่อไปนี้ อย่างไร

( \*\* **การจัดการความเสี่ยง** คือ การจัดให้มีแนวทางในการป้องกันเพื่อมิให้เกิดปัญหานั้นๆ เกิดขึ้น )

( ) 1 ความเสี่ยงในการที่เภสัชกรจะหยิบยาผิดจากปัญหาพ้องรูปพ้องเสียง LASA ( Look Alike Sound Alike )

( ) 2 ความเสี่ยงในการจ่ายยาผิด นอกจากที่เกิดจากปัญหา LASA ระบุแนวทางในการป้องกัน

( ) 3 ความเสี่ยงในการมียาหมดอายุบนชั้นยา ระบุแนวทางในการป้องกัน

( ) 4 ความเสี่ยงในเรื่องอุณหภูมิในร้านที่ไม่เหมาะในการเก็บรักษายา ระบุแนวทางในการป้องกัน

( ) 5 ความเสี่ยงในการป้องกันการแพร่เชื้อต่างๆ ในร้าน (ระหว่างลูกค้า กับ ลูกค้า, ระหว่าง ลูกค้า กับ เภสัชกร)

( ) 6 ความเสี่ยงในการจ่ายยาที่ลูกค้าเคยแพ้ ระบุแนวทางในการป้องกัน

( ) 7 ความเสี่ยงที่เกิดกับผู้ป่วยที่มีโรคหรืออาการรุนแรงมาปรึกษาและท่านไม่สามารถให้คำแนะนำในการใช้ยาได้

( ) 8 ความเสี่ยงในการจ่ายยาให้ผู้ป่วยแล้วเกิด Drug Interaction

( ) 9 ความเสี่ยงในการเกิดปัญหาจากการใช้ยา ของที่ผู้ที่มารับบริการ

( ) 10 ความเสี่ยงในการปนเปื้อนของขยะที่เป็นยาเสีย ยาหมดอายุ ที่ทำให้เป็นพิษต่อสิ่งแวดล้อม

**3.3 งานคุณภาพ ( ที่ควรได้รับการยกย่อง / ได้คะแนนเพิ่ม เป็นกรณีพิเศษ )**  5 คะแนน

3.3.1 การมี Platform Telepharmacy ที่ได้รับการรับรองจากสภาเภสัชกรรม 1.0 คะแนน

3.3.2 การมีกิจกรรม หรือ ทำอะไรตามมาตรฐาน 5 ( กิจกรรม / บริการสู่ชุมชนภายนอก ) 0.5 คะแนน

3.3.3 การมีรายงานส่งต่อ (Refer) กรณีที่จำเป็นต้องส่งต่อ จำนวน และรายละเอียด (ย้อนหลัง 2ปี ) 1.0 คะแนน

3.3.4 การมีรายงานอาการไม่พึงประสงค์ในการใช้ยา ย้อนหลัง 2 ปี อย่างไร 1.0 คะแนน

3.3.5 มี case ที่ประทับใจในการเป็น “ เภสัชกรชุมชน “ ที่ผ่านมา ( Case Report ) 0.5 คะแนน

3.3.6. กิจกรรมทางวิชาชีพเภสัชกรรมชุมชน เช่น การเป็นพี่เลี้ยงร้านยาคุณภาพ การเป็นอาจารย์แหล่งฝึก

หรือได้รับรางวัลทางวิชาชีพ ( ย้อนหลังไม่เกิน 3 ปี ) 1.0 คะแนน

**สรุปการประเมิน ( โดย ผู้เยี่ยมประเมิน )**

1. สิ่งที่ต้องปรับปรุง แก้ไข...................................................................................................................
2. ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนา............................................................................................................
3. สิ่งที่ทำได้ดีเกินมาตรฐาน.................................................................................................................
4. การสอบถาม สสจ.ในพื้นที่ ( กรณีที่มีข้อสงสัย)...............................................................................

**สรุปงานที่ดีเด่นของร้าน** ที่เป็นตัวอย่างที่ดี หรือ เป็นรูปแบบ / ต้นแบบ หรือ นวัตกรรม (ร้านบอกเอง หรือ สรุปจากผู้ประเมิน ) ................................................................................................................................................................

**SWOT ของร้าน**

S .........................................................................

W……………………………………….............................

O........................................................................

T .......................................................................

**สถานะเอกสาร** ( ) รับเรื่องแล้ว ( ) กำลังตรวจเอกสาร ( ) นัดสัมภาษณ์

( ) ยังไม่ผ่าน รอแก้ไข ( ) ผ่านการประเมิน รอเข้ากรรมการรับรอง

( ) ผ่านคณะกรรมการรับรองแล้ว เมื่อ......................................

( ) หมายเลขใบประกาศ.................ลงวันที่................................หมดอายุ.................................

.