

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ร้านเปิดใหม่)

ตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ.๒๕๕๖

ชื่อร้าน.....เลขที่.....อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....
 ชั้นที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....
 แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....
 รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....
 โทรสาร.....E-mail.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....
 ชื่อผู้ดำเนินการ.....(เฉพาะ กรณีที่เป็นนิติบุคคล)

มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

๑.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
 ขณะประเมิน พบเภสัชกร ไม่พบเภสัชกร
๒.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
 ขณะประเมิน พบเภสัชกร ไม่พบเภสัชกร
๓.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.
 ขณะประเมิน พบเภสัชกร ไม่พบเภสัชกร

(หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน.....เวลา.....น.

ผู้ประเมิน ๑.....

ผู้ประเมิน ๒.....

.....

.....

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๑.ภาพรวมของสถานที่ขายยา			
๑.๑ สถานที่ขายยาเป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร			
๑.๒ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ (มีหมายเลขรหัสประจำบ้าน)			
๑.๓ ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (มิใช่พื้นที่รโหฐาน หรือพื้นที่ส่วนบุคคล กรณีเป็นอาคารชุด ต้องเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย)			
๑.๔ มีการจัดการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการ รักษา อากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่ เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์			○ ติดเครื่องปรับอากาศ ○ มีการป้องกันไม่ให้ แสงแดดส่องกระทบถึง ผลิตภัณฑ์
๑.๕ มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บ สำรองยา(ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง			
๑.๖ มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลาก ผลิตภัณฑ์ยาและป้ายแสดงต่าง ๆ ได้อย่างชัดเจน			
๑.๗ มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล และการรักษาความสะอาด			
๑.๘ มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยง ในบริเวณขายยา			
๑.๙ มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔ และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษใน ประเภท ๓ แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุ ออกฤทธิ์ในประเภท ๓ หรือ ประเภท ๔ หรือ ยาเสพติดให้ โทษในประเภท ๓)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๒.การจัดสัดส่วนของพื้นที่			
๒.๑ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่ โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่			
๒.๒ พื้นที่ของร้านขายยา มีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ○ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ○ ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง ○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ(ถ้ามี) 			
๒.๓ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
๒.๔ จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่ แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่			
๒.๕ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำมีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์ หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ สามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน			
๒.๖ กรณีมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่าง ๆ วัสดุ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๓.ป้าย และอุปกรณ์ต่างๆ			
๓.๑ มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๒ มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๓ มีถาดนับเม็ดยา อย่างน้อย ๒ ถาด กรณีต้องมีการแบ่งบรรจุยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้ อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยาในกลุ่มอื่น ๆ มีการติดป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และไม่นับยา			
๓.๔ มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่สะอาด และมีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพียงพอ เพื่อลดการปนเปื้อนกับยาในกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้			
๓.๕ มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นส่วนเฉพาะไม่ใช่เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น			
๓.๖ มีอุปกรณ์ตามรายการ ดังนี้ อย่างน้อย ๑ เครื่อง <ul style="list-style-type: none"> ○ เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ) ○ เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ ○ อุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ ○ อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง โดยอุปกรณ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน/ใช้ได้ดีตามมาตรฐาน			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๔. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน			
๔.๑ มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อ บนซองสำหรับบรรจุยา			
๔.๒ เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมาย สัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๓ พนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยา ต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อไปในทางที่จะก่อให้เกิด ความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร			
๔.๔ เภสัชกร และพนักงานร้านยา มีความเข้าใจในการจัด วางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติด ติดเป็นแต่ละกลุ่มแยกจากกัน และจัดวางยาในลักษณะที่ ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง ๔.๔.๑ ความหมาย วิธีสังเกต และให้ยกตัวอย่างยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติด อย่างละ ๓ รายการ ๔.๔.๒ อธิบายเหตุผล และความจำเป็น ที่ต้องจัดวางยา อันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดให้ ๔.๔.๒.๑ ยาแต่ละกลุ่มแยกกัน ๔.๔.๒.๒ การจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกัน ไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง			
๔.๕ มีแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด ○ บัญชีการซื้อยา (แบบ ข.ย.๙) ○ บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (แบบ ข.ย.๑๐) ○ บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขาธิการ คณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.๑๑) ○ บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพ เวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการ สัตวแพทย์ (แบบ ข.ย.๑๒)			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๔.๖ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มี ส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

สรุปผลการประเมิน

๑.สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ

.....

.....

๒.ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

.....

.....

ผู้รับอนุญาต และเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่
ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุ อย่างเคร่งครัด

.....
(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

.....
(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งนี้ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไร
อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านดูเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

.....
(.....)

ผู้ขอรับอนุญาต

.....
(.....)

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

.....
(.....)

ผู้ประเมิน ๑

.....
(.....)

ผู้ประเมิน ๒

.....
(.....)

พยาน

.....
(.....)

พยาน