

تعهد

إسم الصيدلية :

الرقم الوطني للمنشأة :

الرقم الوطني	إسم الصيدلي الذي سيقوم بتقديم الخدمة
.....
.....

رقم وتاريخ شهادة التأهيل الصادرة من النقابة
.....
.....

أتعهد بتوفير الشروط الخاصة في الصيدلية والتجهيزات المطلوبة والواردة في كتاب معالي وزير الصحة رقم:م
ص/232 تاريخ 2020/08/25 لإعتماد الصيدلية لتقديم خدمة التطعيم لمطعموم الإنفلونزا وحسب الجدول
المرفق

إسم وتوقيع الصيدلاني

.....

التاريخ...../...../20

التجهيزات المطلوبة في الصيدلية
<input type="checkbox"/> وجود ثلاجة مع منظم للحرارة ولوحة تسجيل الحرارة
<input type="checkbox"/> توفر الإضاءة الكافية
<input type="checkbox"/> درجة حرارة الصيدلية مناسبة (22م - 25م)
<input type="checkbox"/> توافر مستلزمات تعقيم اليدين (صابون سائل ومعقم أيدي)
<input type="checkbox"/> وجود مغسلة لليدين في مكان الإعطاء أو سهولة الوصول إليها
<input type="checkbox"/> وجود غرفة منفصلة خاصة بإعطاء المطعم أو مكان معزول بستارة معدنية
<input type="checkbox"/> وجود مقعد قابل للبسط لمتلقي الخدمة وكروسي لمقدم الخدمة
<input type="checkbox"/> توفر سطح أو منضدة واسعة وممتينة يوضع عليها الأدوات والتجهيزات المطلوبة
التخلص من النفايات الطبية
<input type="checkbox"/> وجود صندوق النفايات الطبية الخاص بالتخلص من الأدوات الطبية الحادة (safety box)
<input type="checkbox"/> وجود الأكياس الخاصة بالنفايات الطبية.
<input type="checkbox"/> التعاقد مع جهة مختصة للتخلص من النفايات الطبية.
المواد والأدوية الواجب توافرها
<input type="checkbox"/> وجود قطن طبي، قفازات، Hypoallergenic plaster لاصق لا يسبب الحساسية
<input type="checkbox"/> وجود حقن طبية مختلفة الأحجام حسب الحاجة بالإضافة إلى الحجم الموصى به لكل جرعة مطعموم
<input type="checkbox"/> وجود صندوق إسعافات أولية
<input type="checkbox"/> وجود طبق كلوي الشكل kidney dish
<input type="checkbox"/> توفر جميع الأدوات والمستهلكات اللازمة لإعطاء المطعموم
<input type="checkbox"/> وجود بطاقة ولوحة الإرشاد للتعامل مع صدمة الحساسية ولوحة إرشادية لغسل وتعقيم اليدين

عدة التدخل لوقف صدمة الحساسية	
<input type="checkbox"/> توفر لوازم التدخل السريع لوقف الحساسية المفرطة Anaphylaxis Response Kit في المكان المخصص لإعطاء المطاعيم في الصيدلية وبمناول يد الصيدلي المسؤول عن إعطاء الخدمة، مع التأكد الدوري من تاريخ الصلاحية وتغذية المخزون المتوفر من الدواء، و هذه الأدوية تتضمن:	
<input type="checkbox"/> Adrenaline inj. 1000 mg (3 ampoules)	مع وجود قلم وورقة وساعة توقيت لحساب وقت الإعطاء
<input type="checkbox"/> Hydrocortisone inj. 1000 mg (3 ampoules)	
<input type="checkbox"/> Dexamethasone inj. 4 mg (3 ampoules)	
<input type="checkbox"/> Chlorpheniramine 10 mg inj. (3 ampoules)	
<input type="checkbox"/> توفر بطاقة جرعة الأدرينالين الاسترشادية حسب أحدث التوصيات	
<input type="checkbox"/> توفر أحجام مختلفة من ال IV Cannula	
التوثيق والتسجيل	
<input type="checkbox"/> سجل خاص بالمطاعيم (يدوي أو إلكتروني) والإحتفاظ بالسجل لمدة 3 سنوات على الأقل قبل إتلافه بحيث يتضمن السجل ما يلي:	
- أي أثر جانبي تم ملاحظته	- إسم متلقي الخدمة وعنوانه
- توقيع متلقي الخدمة او من ينوب عنه	- إسم المطعوم
- توقيع الصيدلي الذي أعطى المطعوم	- تاريخ أخذ جرعة المطعوم
	- إسم الصيدلي مقدم الخدمة