

แบบบันทึกการตรวจร้านขายยาแผนโบราณ (ขย.บ.)

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
 ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันตามกฎหมายว่าด้วยยา พ.ศ. 2557

อาศัยอำนาจตามความในมาตรา 91 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 แก้ไขเพิ่มเติม โดยมาตรา 31 แห่งพระราชบัญญัติยา (ฉบับที่ 3) พ.ศ. 2522 และมาตรา 94 แห่งพระราชบัญญัติยา พ.ศ. 2510 พนักงานเจ้าหน้าที่ประกอบด้วย.....ได้มาทำการตรวจสถานที่ขายยาแห่งนี้และบันทึกการตรวจดังนี้

- ชื่อสถานที่.....ตั้งอยู่เลขที่..... หมู่..... ถนน.....ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดนครสวรรค์
- ชื่อผู้รับอนุญาต/ผู้ดำเนินการ.....เลขที่ใบอนุญาต..... เวลาทำการ.....
- ชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....เวลาปฏิบัติการ.....น. เลขที่ใบประกอบวิชาชีพเภสัชกรรม.....วันเดือนปีที่ออก.....
- วันที่ทำการตรวจ.....เวลา.....น. ผลการตรวจปรากฏดังนี้

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
		ถูกต้อง	แก้ไข	
1. การปฏิบัติหน้าที่ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ	<ul style="list-style-type: none"> ○ การตรวจให้ตรวจในเวลาทำการ (ต้องเป็นเวลาเดียวกันกับเวลาปฏิบัติการ) ของผู้ขออนุญาต จะต้องพบผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการอยู่ปฏิบัติหน้าที่ ○ การตรวจนอกเวลาทำการ จะต้องไม่มีการขายยาอันตราย หรือยาควบคุมพิเศษ (หรือยาอื่นที่อยู่ในระดับที่สูงกว่า เช่น ยาเสพติด, วัตถุออกฤทธิ์ เป็นต้น) 			
2. แสดงใบอนุญาตขายยา และใบประกอบวิชาชีพ	<ul style="list-style-type: none"> ○ แสดงใบอนุญาตขายยาต้องอยู่ในที่เปิดเผย สามารถมองเห็นได้ปกติและชัดเจนในจุดให้บริการ ใบอนุญาตจะต้องเป็นปัจจุบัน (ตรวจสอบการต่ออายุทุกปี) ○ ใบประกอบวิชาชีพ จะต้องใช้ฉบับจริงมีการแสดงไว้ในที่เปิดเผย 			
3. มีป้ายแสดงสถานที่ขายยา, ชื่อความ, สี, ตัวอักษร ถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> ○ สีป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา ○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 70 เซนติเมตร ○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 ซม. 			
4. มีป้ายแสดงชื่อผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ, ชื่อความ, สี, ตัวอักษรถูกต้อง	<ul style="list-style-type: none"> ○ สีป้ายถูกต้องตามประเภทร้านขายยา ○ ขนาดป้ายไม่น้อยกว่า 20 x 50 เซนติเมตร ○ แสดงรูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ หน้าเต็ม รูปสี ซึ่งถ่ายไว้ไม่เกิน 5 ปี ○ รูปถ่าย มีขนาดอย่างน้อย 8 x 15 เซนติเมตร ○ มีข้อความเป็นตัวอักษรไทยสีขาวสูงไม่น้อยกว่า 3 ซม. ○ สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร 			

รายการ	รายละเอียดการตรวจ	ผลการตรวจ		หมายเหตุ
		ถูกต้อง	แก้ไข	
5. ไม่พบการจำหน่ายยาต่อไปนี้				
▪ ยาอันตราย	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาควบคุมพิเศษ	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาปลอม	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาเสื่อมคุณภาพ	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนตำรับยา	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาที่ถูกเพิกถอนทะเบียนตำรับยา	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาชุด	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภท 2	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ วัตถุออกฤทธิ์ต่อจิตและประสาท ประเภท 3,4	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3	○ ห้ามมีจำหน่าย			
▪ ยาที่ขึ้นทะเบียนสำหรับสัตว์ไว้เพื่อขาย	○ ห้ามมีจำหน่าย			
6. ไม่จำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบและ เครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์	○ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ ○ ไม่มีการจำหน่ายเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

5. เก็บตัวอย่างเพื่อตรวจวิเคราะห์.....รายการ และ/หรือ เพื่อตรวจสอบฉลาก.....รายการ

6. สรุปผลการประเมิน

- สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ.....
- ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการประเมิน.....

ในการตรวจครั้งนี้ พนักงานเจ้าหน้าที่ที่มาทำการตรวจมิได้ทำให้ทรัพย์สินที่อยู่ในสถานที่นี้สูญหายหรือเสียหายแต่อย่างใด และอ่านให้ฟังแล้ว ขอรับรองว่าถูกต้อง จึงลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ผู้ขอรับอนุญาต/ผู้แทน

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งที่ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างใด อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านตนเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ผู้ขอรับอนุญาต

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

ผู้ประเมิน 1

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

ผู้ประเมิน 2

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

พยาน

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

พยาน