

ชื่อร้าน..... วันที่ตรวจประเมิน.....

**แบบประเมินร้านขายยาแผนปัจจุบัน (ร้านเปิดใหม่)**  
**ตามกฎกระทรวงการขออนุญาต และการออกใบอนุญาตขายยาแผนปัจจุบัน พ.ศ. 2556**

ชื่อร้าน..... เลขที่..... อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....  
ชั้นที่..... ถนน..... ซอย..... หมู่.....  
แขวง/ตำบล..... เขต/อำเภอ..... จังหวัด.....  
รหัสไปรษณีย์..... โทรศัพท์..... มือถือ.....  
โทรสาร..... e-mail.....  
ชื่อผู้รับอนุญาต.....  
ชื่อผู้ดำเนินกิจการ.....(เฉพาะกรณีที่เป็นนิติบุคคล)  
มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

1. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน  พบเภสัชกร  ไม่พบเภสัชกร
2. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน  พบเภสัชกร  ไม่พบเภสัชกร
3. .... เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ..... เวลาปฏิบัติการ.....น.  
ขณะประเมิน  พบเภสัชกร  ไม่พบเภสัชกร

(หมายเหตุ : หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน..... เวลา.....น.

ผู้ประเมิน 1 .....

ผู้ประเมิน 2 .....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง/ ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
1. ภาพรวมของสถานที่ขายยา			
1.1 สถานที่ขายยาเป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร			
1.2 มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ (มีหมายเลขรหัสประจำบ้าน)			
1.3 ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (มิใช่พื้นที่รกร้างหรือพื้นที่ส่วนบุคคล กรณีเป็นอาคารชุดต้องเป็นพื้นที่อนุญาตให้ประกอบกิจการ ไม่ใช่ที่พักอาศัย)			
1.4 มีการจัดการ การควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสมต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการรักษา อากาศถ่ายเทดี แห่งสามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่เกิน 30 องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์			
1.5 มีตู้หรือชั้นวางยาที่สามารถแยกเก็บยาเป็นหมวดหมู่ตามประเภทของยา ทั้งส่วนของหน้าร้าน และพื้นที่เก็บสำรองยา (ถ้ามี) และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง			
1.6 มีแสงสว่างเพียงพอในการอ่านเอกสาร อ่านฉลากผลิตภัณฑ์ยาและป้ายแสดงต่างๆ ได้อย่างชัดเจน			

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง/ ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
1.7 มีระบบการกำจัดสิ่งปฏิกูล และการรักษาความสะอาด			
1.8 มีการควบคุมป้องกันสัตว์แมลงรบกวน ไม่มีสัตว์เลี้ยงในบริเวณขายยา			
1.9 มีตู้หรือลิ้นชักเก็บวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ ประเภท 4 และตู้หรือลิ้นชักเก็บยาเสพติดให้โทษในประเภท 3 แยกเป็นสัดส่วน (กรณีมีการขออนุญาตขายวัตถุออกฤทธิ์ในประเภท 3 หรือ ประเภท 4 หรือ ยาเสพติดให้โทษในประเภท 3)			
2. การจัดสัดส่วนของพื้นที่			
2.1 มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่			
2.2 พื้นที่ของร้านขายยามีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> <li>○ ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร</li> <li>○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ</li> <li>○ ส่วนสำหรับให้ลูกค้าบริการตนเอง</li> <li>○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ (ถ้ามี)</li> </ul>			
2.3 ส่วนให้บริการโดยเภสัชกร และส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกัน และมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า 8 ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า 2 เมตร			
2.4 จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับ ใช้ปิดบัง บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ในขณะที่เภสัชกรไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่าเภสัชกรไม่อยู่แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่			
2.5 ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำมีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีพื้นที่บนเคาเตอร์หรือโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ สามารถวางแฟ้มประวัติผู้ป่วย และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดถึงยาที่ผู้ป่วยได้รับ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับเภสัชกร และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งป้ายแสดงชัดเจน			
2.6 กรณีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่างๆ วัสดุและผลิตภัณฑ์อย่างอื่น ๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)			
<b>3. ป้าย และอุปกรณ์ต่างๆ</b>			
3.1 มีป้าย “สถานที่ขายยาแผนปัจจุบัน” ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
3.2 มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง/ ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
3.3 มีภาคนับเม็ดยา อย่างน้อย 2 ภาคนับ กรณีนี้อาจมีการแบ่งบรรจุยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ทั้งนี้อุปกรณ์นับเม็ดยาสำหรับยาในกลุ่มเพนนิซิลิน หรือยาในกลุ่มซัลโฟนาไมด์ หรือยาในกลุ่มต้านการอักเสบชนิดที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAID) ให้แยกใช้เด็ดขาดจากยาในกลุ่มอื่นๆ มีการติดป้ายให้เห็นชัดเจนที่อุปกรณ์ และไม่นับยา			
3.4 มีอุปกรณ์เครื่องใช้ที่สะอาด และมีอุปกรณ์ทำความสะอาดเพียงพอ เพื่อลดการปนเปื้อนกับยาในกลุ่มที่อาจก่อให้เกิดอาการแพ้			
3.5 มีตู้เย็น (เฉพาะกรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นส่วนส่วนเฉพาะไม่ใช่เก็บของปะปนกับสิ่งของอื่น			
3.6 มีอุปกรณ์ตามรายการ ดังนี้ อย่างน้อย 1 เครื่อง <ul style="list-style-type: none"> <li>○ เครื่องวัดความดันโลหิต (ชนิดอัตโนมัติ)</li> <li>○ เครื่องชั่งน้ำหนักสำหรับผู้มารับบริการ</li> <li>○ อุปกรณ์ที่วัดส่วนสูงสำหรับผู้มารับบริการ</li> <li>○ อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง</li> </ul> โดยอุปกรณ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน/ใช้ได้ดีตามมาตรฐาน			
<b>4.การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน</b>			
4.1 มี ชื่อร้าน ที่อยู่ และหมายเลขโทรศัพท์สำหรับติดต่อบนซองสำหรับบรรจุยา			
4.2 เภสัชกรแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์ของสภาเภสัชกรรม และแสดงตนว่าเป็นเภสัชกร			
4.3 พนักงานร้านยาและบุคลากรอื่นภายในร้านขายยาต้องใส่เสื้อ ป้ายแสดงตน ไม่สื่อกไปในทางที่จะก่อให้เกิดความเข้าใจว่าเป็นเภสัชกร			
4.4 เภสัชกร และพนักงานร้านยา มีความเข้าใจในการจัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดเป็นแต่ละกลุ่มแยกจากกัน และจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง <p>4.4.1 ความหมาย วิธีสังเกต และให้ยกตัวอย่างยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติด อย่างละ 3 รายการ</p> <p>4.4.2 อธิบายเหตุผล และความจำเป็นที่ต้องจัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ วัตถุออกฤทธิ์ และยาเสพติดให้</p> <p>4.4.2.1 ยาแต่ละกลุ่มแยกกัน</p> <p>4.4.2.2 การจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกัน ไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง</p>			

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง/ ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
4.5 มีแบบบัญชีต่างๆ ตามที่กฎกระทรวงกำหนด <ul style="list-style-type: none"> <li>○ บัญชีการชื้อยา (แบบ ข.ย.9)</li> <li>○ บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (แบบ ข.ย.10)</li> <li>○ บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.11)</li> <li>○ บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (แบบ ข.ย.12)</li> </ul>			
4.6 ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

สรุปผลการประเมิน

1. สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ.....

.....

2. ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

.....

**ผู้รับอนุญาตและเภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่เภสัชกรผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ ร้านยา ตามเวลาที่ระบุอย่างเคร่งครัด**

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

ผู้ขอรับอนุญาต

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งที่ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไรก็ตาม อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านดูเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ผู้ขอรับอนุญาต

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

ผู้ประเมิน 1

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

ผู้ประเมิน 2

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

พยาน

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

พยาน