

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

แบบประเมินสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ (ข.ย.๓) (ขอใหม่)

ตามประกาศกระทรวงสาธารณสุข เรื่อง การกำหนดเกี่ยวกับสถานที่ อุปกรณ์ และวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน
ในสถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจสุเสร็จสำหรับสัตว์ พ.ศ.๒๕๖๔

ชื่อสถานที่.....เลขที่.....

อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....

ชั้นที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

ชื่อสถานที่เก็บยา.....เลขที่.....

อาคาร/หมู่บ้านชื่อ.....

ชั้นที่.....ถนน.....ซอย.....หมู่ที่.....

แขวง/ตำบล.....เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....

รหัสไปรษณีย์.....โทรศัพท์.....มือถือ.....

โทรสาร.....E-mail.....

ชื่อผู้รับอนุญาต.....

ชื่อผู้ดำเนินการ.....(เฉพาะกรณีที่เป็นนิติบุคคล)

มีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ.....คน ได้แก่

๑.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.

๒.เลขที่ใบประกอบวิชาชีพ.....เวลาปฏิบัติการ.....น.

(หากมีผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการหลายคนให้ระบุจนครบทุกคนท้ายแบบตรวจประเมินนี้)

วันที่ประเมิน.....เวลา.....น.

ผู้ประเมิน ๑.....

ผู้ประเมิน ๒.....

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๑.ภาพรวมของสถานที่ขออนุญาต			
๑.๑ สถานที่ขายยาเป็นสิ่งปลูกสร้างที่มั่นคงถาวร			
๑.๒ มีทะเบียนบ้านที่ออกโดยส่วนราชการ (มีหมายเลขรหัสประจำบ้าน)			
๑.๓ ตั้งอยู่ในสถานที่ซึ่งประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงได้ (มิใช่พื้นที่รกร้าง หรือพื้นที่ส่วนบุคคล กรณีเป็นอาคารชุด ต้องเป็นพื้นที่ที่อนุญาตให้ประกอบกิจการไม่ใช่ที่พักอาศัย)			
๑.๔ มีการจัดการจัดการควบคุมสภาวะแวดล้อมที่เหมาะสม ต่อการรักษาคุณภาพผลิตภัณฑ์ให้มีประสิทธิภาพที่ดีในการ รักษา อากาศถ่ายเทดี แห้ง สามารถควบคุมอุณหภูมิให้ไม่ เกิน ๓๐ องศาเซลเซียส และสามารถป้องกันแสงแดดไม่ให้ ส่องโดยตรงถึงผลิตภัณฑ์			<input type="checkbox"/> ติดเครื่องปรับอากาศ <input type="checkbox"/> 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			
๒.การจัดสัดส่วนของพื้นที่ขายยา และพื้นที่เก็บยา			
๒.๑ มีพื้นที่เพียงพอสำหรับผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิบัติหน้าที่ โดยสะดวก ไม่ว่าจะเป็นผู้รับอนุญาต ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ผู้มาใช้บริการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของรัฐที่จะเข้าปฏิบัติหน้าที่			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๒.๒ พื้นที่ที่มีการจัดเป็นสัดส่วน ประกอบด้วย <ul style="list-style-type: none"> ○ ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ○ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ○ พื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ (ถ้ามี) 			
๒.๓ ส่วนให้บริการโดยผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการและส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ ต้องอยู่ในบริเวณที่ติดต่อกันและมีพื้นที่ทั้งสองส่วนรวมกันไม่น้อยกว่า ๘ ตารางเมตร โดยความยาวของด้านที่สั้นที่สุดของพื้นที่ต้องไม่น้อยกว่า ๒ เมตร			
๒.๔ จัดให้มีม่าน หรือวัสดุทึบ สำหรับใช้ปิดบัง บริเวณส่วนให้บริการโดยเภสัชกร ในขณะที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ปฏิบัติหน้าที่ พร้อมทั้งข้อความแจ้งให้ทราบว่า ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการไม่อยู่ ไม่สามารถจำหน่ายยาบริเวณนี้ได้ แสดงไว้ให้เห็นได้ชัดเจนจากภายนอกสถานที่			
๒.๕ ส่วนให้คำปรึกษาแนะนำ พร้อมทั้งมีป้ายแสดงชัดเจน มีการจัดเป็นสัดส่วนโดยมีโต๊ะซึ่งเพียงพอต่อการให้บริการ และอุปกรณ์หรือหนังสือที่ประกอบการให้คำปรึกษาแนะนำ รวมถึงมีเก้าอี้สำหรับผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ และผู้มาขอรับคำปรึกษาแนะนำ			
๒.๖ กรณีมีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะจะต้องมีพื้นที่เพียงพอ สำหรับการจัดเก็บรักษา ยาประเภทต่าง ๆ วัสดุ และผลิตภัณฑ์อื่น ๆ อย่างเป็นระเบียบ เหมาะสม และไม่วางยาสัมผัสกับพื้นโดยตรง (หากไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะให้ระบุ “ไม่มี” ในช่องหมายเหตุ)			<input type="checkbox"/> ไม่มีพื้นที่เก็บสำรองยาเป็นการเฉพาะ
๓.อุปกรณ์			
๓.๑ มีป้าย สถานที่ขายยาแผนปัจจุบันเฉพาะยาบรรจุเสร็จสำหรับสัตว์ ติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

รายการ	เหมาะสม/ ถูกต้อง	ควรปรับปรุง / ไม่ถูกต้อง	หมายเหตุ
๓.๒ มีป้ายแสดงชื่อตัว ชื่อสกุล วิทยฐานะ ของผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ รูปถ่ายผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ เลขที่ใบอนุญาตวิชาชีพ และเวลาปฏิบัติการติดในบริเวณที่ผู้มารับบริการมองเห็นได้ชัดเจน สามารถมองเห็นได้จากภายนอกอาคาร			
๓.๓ มีตู้เย็น (กรณีมียาที่ต้องเก็บรักษาในอุณหภูมิที่ต่ำกว่าอุณหภูมิห้อง) ในสภาพที่ใช้งานได้ตามมาตรฐาน มีพื้นที่เพียงพอสำหรับการจัดเก็บยาแต่ละชนิดเป็นส่วนส่วนเฉพาะ			
๓.๔ อุปกรณ์สำหรับดับเพลิง โดยอุปกรณ์อยู่ในสภาพที่พร้อมใช้งาน/ใช้ได้ดีตามมาตรฐาน			
๔. การปฏิบัติตามวิธีปฏิบัติทางเภสัชกรรมชุมชน			
๔.๑ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการแต่งกายด้วยเสื้อกาวน์ สีขาว ติดเครื่องหมายสัญลักษณ์วิชาชีพฯ และแสดงตนว่าเป็นผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ			
๔.๒ ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ มีความเข้าใจในการจัดวางยาอันตราย ยาควบคุมพิเศษ แต่ละกลุ่มแยกจากกัน และจัดวางยาในลักษณะที่ป้องกันไม่ให้ผู้รับบริการเข้าถึงยาดังกล่าวด้วยตัวเอง			
๔.๓ มีแบบบัญชีต่างๆตามที่กฎกระทรวงกำหนด <ul style="list-style-type: none"> ○ บัญชีการซื้อยา (แบบ ข.ย.๙) ○ บัญชีการขายยาควบคุมพิเศษ (แบบ ข.ย.๑๐) ○ บัญชีการขายยาอันตรายเฉพาะรายการที่เลขาธิการคณะกรรมการอาหารและยากำหนด (แบบ ข.ย.๑๑) ○ บัญชีการขายยาตามใบสั่งยาของผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ผู้ประกอบโรคศิลปะ หรือผู้ประกอบวิชาชีพการสัตวแพทย์ (แบบ ข.ย.๑๒) 			
๔.๖ ไม่มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์ยาสูบ และเครื่องดื่มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์			

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....

สรุปผลการประเมิน

๑. สิ่งที่ต้องปรับปรุง และระยะเวลาแล้วเสร็จ

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

๒. ความคิดเห็นของผู้ประเมินต่อการให้อนุญาต.....

.....
.....

ผู้รับอนุญาต และผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ ต่างทราบตรงกันเกี่ยวกับการที่ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการจะต้องมาปฏิบัติหน้าที่ ณ สถานที่ที่ขออนุญาต ตามเวลาที่ระบุ อย่างเคร่งครัด

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

ผู้ขอรับอนุญาต

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

ในการตรวจครั้งนี้ เจ้าหน้าที่มิได้ทำให้ทรัพย์สินของผู้ประกอบธุรกิจ สูญหาย หรือเสียหาย แต่อย่างไรก็ตาม
อ่านให้ฟังแล้ว/อ่านดูเอง รับรองว่าถูกต้องจึงได้ลงลายมือชื่อไว้เป็นสำคัญ

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

ผู้ขอรับอนุญาต

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

ผู้มีหน้าที่ปฏิบัติการ

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

ผู้ประเมิน ๑

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

ผู้ประเมิน ๒

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

พยาน

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

พยาน

ชื่อร้าน.....วันที่ตรวจประเมิน.....