2010 .

-

661/2002 55(3)

1.

“ 004/2010

2.

661/2002

30/2004 60/2006

-

1) **“የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት” ማለትመ ኒት ቤት (** **) መድ ኒት መደብር**

2) “ ”

3) “ ”

4) “ ”

5) “ ”

6) “ ”

7) “ ”

8) “ ”

(

)

1

9)

( )

/ / /

( )

10)“ ”

/

11) “ ”

12)“ ”

13)“ ”

3.

4.

1)

2) -

(Good dispensing practice)

3)

4)

5.

1) ማንኛውም - አገልግሎት መስጠ በፊት
የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ማግኘት አለበት

2) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር

-

( ) ማመልከቻውን በተዘጋጀው ቅጽ ሞልቶ ሲያቀርብ (2)

( ) 6

( ) የአገልግሎት ክፍያ

3)

6.

1) 5 2( )
ድርጅ - አባላት

2)

3) (1)

4)

5)

6) ቅድመ ቃድ ኢንስፔክሽን ሪፖርት የተቀመ ን መስፈርቶች ማሟላቱ ከተረጋገጠ
የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ይ ጠዋል፡፡

7. **የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ይዘት**

1) የድርጅቱን ባለቤት ስም
2)

3) የድርጅቱን ስምና አድራሻ
4) የድርጅቱን አይነት
5) ድርጅቱ የሚሠጠው አገልግሎት
6) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት የተሠጠበት፣ የሚ ደስበትንና የአገልግ ዜውየሚያበቃበት ቀን
7) ማህተም
8) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ቁጥር
9)

8.

የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት

ምስክር (original) **ሊታይ በሚችል**

አለበት

9.

1)

2)

3)

(

)

4) (2) (3)

-

( )

( )

5) (3)

50% 2

6) (5)

7)

10.

ማንኛውም

11.

1) ማንኛውም ሰው ተሰጠው የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ተበላሸበት ወይም የጠፋበት ምትክ ሊያገኝ የሚችለው የሚከተሉትን መስፈርቶችን ሲያሟላ ነው

( )

( )

12.

1.

( ) (Self contained)

( ) **ሽንት ቤትና ቆሻሻ**

( )

( )

( )

(

)

( ) **የተሟላ**

( )

( )

2. !

( )

( )ወለሉ ከስሚንቶ ወይም ከሸክላ የተሰ መሆን አለበት።

( ) ግድግዳዉ በሚችል ቀለም የተቀባ አግባብ ያለው ተስማሚ ግብአዓት የተሰራ መሆን አለበት። በተጨማሪም ግድግዳዉ ከጭቃ፣ ከቆርቆሮ፣ ከመስታወት እና ከእንጨት የተሰራ መሆን የለበትም ። ነገር ግን የማደያ ክፍል ፊትለፊቱ መስታወት ይችላል። ድርጅቱ ዝግ በሚሆንበት ሰዓት በአግባቡ የሚዘጋ ሻተር ወይም የብረት ፍርግርግ ሊኖረው ይገባል፤፤

( ) / / / (

)

ግድግዳዉ በሚችል ቀለም የተቀባ ሆኖ ነገር ግን በቀላሉ በሙቀትና በርጥበት ተፅዕኖ ደርስባቸው የሚችሉ ግባዓቶቸ /ለምሳሌ፡ ጭቃ፤ ቆርቆሮ፤ መስታወት ወይም ኮምበርሳቶ/ የተሰራ መሆን የለበትም።

( ) በቂ ብርሀን ሊያስገባ የሚችልና በቂ የአየር ዝዉዉር ያለው መሆን አለበት።

(ሰ) ጣራዉ ሙቀትን የሚቀንስ ኮርኒስ ያለው መሆን አለበት፤ በተጨማሪም

( )

(ሸ) ቀጥታ የፀሐይ ብርሀን፣ ቆርጣሚና ተሳ ንስሳት ነፍሳት የማያስገባ መሆን አለበት።

)

) ማንኛዉም መድኃኒት ቤት የህንጻው አቀማመጥ ለጎርፍ፣ ለእሳት ናተመሳሳይ አደጋ የተጋለጠ መሆን የለበትም።

)

) 17 24

13.

12 -

1) ለ 20 . 30 .

50 . 90

50 .

2)

3) 0.50 . 3

2

20 .

4) 2.5 1.5 .

5) 3

/ /

6)

7)

8) 2.5

9) 1.7

14. **23.2**

3.75

15.

1) 12 -

( )

( ) 20 . 30 .

50 . 90

50 .

( ) 20 .

30 . 50 .

( )

)

( )

( ) 2.5

( ) 9

16. የ መጸዳጃ ክፍ

17. ድርጅቱ የጽህፈት ሥራ ለ ቦታ ወይም ክፍል

18. / /

1. 9 1.5

2. 0.75 . 1

/ /

3. 1.5

4.

5.

6.

7.

8.

9. /sink/

10. 2.5

19. / /

1. 6

2.

3.

4.

[2]

[2]Guideline for the establshement and opration of Drug Information Center, EFMHACA

20.

1)

- 3
- 3 1

2)

( )

( )በማንኛውም ጊዜና ሥፍራ ህግን በመጣሱ ምክንያት በሙያው ተሰማርቶ እንዳይሰራ በሕግ ያልተከለከለ ከሆነ

( ) የሙያ ግዴታውን ለመወጣት የ ያስችል የአእምሮሕመም ወይም የአካል ጉድለት የሌለበት ወይም የአልኮል መጠጥ፣ የናርኮቲክና የሣይኮትሮፒክ መደ ኒቶች ሱሰኛ ያልሆነ፤

( ) ይሰራበት ከነበረው መሥሪያ ት በስሙ አውጥቶ በዘርፉ
ሲሰራ ከነበረ ምስክር ወረቀቱ የመለሰ ማስረጃ

( )በረዳትነት በዘርፉ ይሰ አካል
ማስረጃ ሲያቀ ብ

3)

2

4) 24

. 19

የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ለማውጣት የሚጠየቀው የትምህርት ዝግጅት እና ሙያ ደረጃ እንዲሁም የስራ ልምድ የሚያሟላ ወይም፤

. /2/

5) 45

6) 30

(

30)

7) 30

/

8)

21.

1.

( )

( )

( ) ናርኮቲክና ሣይኮትሮፒክ ኒቶች ሰነዶች ቁልፍ ባለው ቁምሳጥን

መያዝ ፤

(መ)

( )

( )

( )

( ) በማይኖርበት ጊዜ ተመሳሳይ የሙያ ደረጃና ተፈላጊውን የሥራ ልምድ ያለውና

በውክልና ወቅት ሌላ ሥራ የሌለው ባለሙያ ከሦስት ወር ላልበለጠ /የወሊድ

እረፍት ሳይጨምር/ ጊዜ ተክቶ ሙሉ ጊዜ እንዲሰራ

ማስፈቀድ

( ) ውክልና ወቅት (

(90)

( )

( )

2.

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

22.

1. **የመድ ኒት መደርደሪያ**
2. **ባንኮ**
3.

4.

5. የቅዝቃዜ ሰንሰለታቸውን መጠበቅ ለሚያስፈልጋቸውን መድኃኒቶች መያዣ ማቀዝቀዣ ከነሙቀት መቆጣጠሪያ ቴርሞ ሜት

6. የግድግዳ ሙቀት መቆጣጠሪያ

7. ከፍተኛ ሙቀት ባለበት አካባበቢ የሚሰራ ከሆነ ኒት ያሉባቸው ክፍሎች በሚያዳርስ ሁኔታ አየር ኮንዲሽነር (AC) ወይም ቬንትሌተር ፤

8. ማረፊያ ወንበሮ ፤

9. የእሳት አደጋ ማጥፊያ መሣሪያ፤

10. ጠረጴዛ፣

11.

12.

13. (Envelop)

14. (6)

15.

¶÷RD xÃÃZÂ ¶±RT

23.

1.

( )

( )

( ) ውስጥ የሚካሄድ የመድኃኒት አሻሻጥ ወይም

እደላ ተግባር የሚከናወነው የብቃት ማረጋገጫ የምስክር ወረቀት በተሰጠው

ኃላፊ ባለሙያ ቁጥጥር ሥር

2. በአሻሻጥ ወይም እደላ ስህተት በተጠቃሚው ላይ ለሚደርሱ ጉዳቶች ባለሙያው ኃላፊነት አለበት

3. በአሻሻጥ ወይም እደላ ጊዜ ባለሙያው ለበሽተኞች ስለ አጠቃቀምና ሊደረጉ ስለሚገባቸው ጥንቃቄዎች ተገቢውን መረጃ በቃልና በጽሑፍ የመስጠት ግዴታ አለበት፡፡

4. ማንኛውም ለሽያጭ ቀረቡ መድኃኒቶችና የሕክምና መገልገያዎች መያዣ ላይ የድርጅቱ ስም

አድራሻ ወ መፃፍ አለበት ለገዥውም ደረሰኝ

የመስጠት ግዴታ አለበት፡፡

5.

/SOP/

6. ማንኛውም በአካባቢው ተፈላጊ የሆኑ ኒቶች የማቅረብ ግዴታ አለበት፡፡

7. በ ደላ ሥራ ላይ የተሰማራ ባለሙያ ንጹህ ነጭ / / መልበስ ለመለያም እንዲያገለግለው ስሙን፣ ሙያውን የሚያሳይ ባጅ ማድረግ

8. ማንኛውም

9.

(3)

10.

11.

12.

(4)

24. ስለ ሪኮርድ አያያዝና ሪፖርት

1. ማንኛውም

( ) ስለአከማቻቸው፣ ስለ ቅመማቸውና ስለ አደላቸው መድኃኒቶችና የሕክምና መገልገያዎች የሚገልጹ ኢንቮይሶችን፣ ደረሰኞችን፣ የክምችት መቆጣጠሪያ ካርዶችንና የመሳሰሉትን ዝርዝር መረጃዎችን፣

( ) መድኃኒት የታደለበት የሐኪም ማዘዣ ወረቀቶች በቀን፣ በወርና በዓ.ም. በመለየት ለሁለት ዓመት በመድኃኒት ቤቱ ውስጥ፣

(ሐ) የናርኮቲክና ሣይኮትሮፒክ መድኃኒቶች ማዘዣ ወረቀቶች በቀን፣ በወርና በዓ.ም በመለየት ለአምስት ዓመት ማቀመጥ አለበት፣

(መ) የሚ መመሪያዎች መያዝ አለበት፣

( ) ከማቻቸው የናርኮቲክና ሣይኮትሮፒክ መድኃኒቶች በየወቅቱ

ሪፖርት የማድረግ ግዴታ አለበት።

( )

(5)

( ) የሕክምና መገልገያዎች ኢንቮይስ /ህጋዊ ደረሰኞች/ በቁጥጥር

ወቅት በተጠየቁ ጊዜ ወዲያውኑ /on spot/ መቅርብ አለባቸው።

( )

ስለ የቅመማ ተግባር

1. ማንኛውም መድሀኒት ቤት ስለሚቀምማቸው የመድኃኒት ዝግጅቶች ዝርዝር መረጃ አሟልቶ መያዝ ይኖርበታል።
2. የቅመማ ተግባር የሚከናውነው በኃላፊው ፋርማሲስት ወይም በሱ የቅርብ ተቆጣጣሪነት የሚሰሩ ሌሎች ፋርማሲስቶች ብቻ መሆን አለበት።
3. ማንኛውም ፋርማሲ ራሱ ቀምሞ የሚያወጣቸው ዝግጅቶች ለሚያደርሱት ጉዳት በሕግ ተጠያቂ ይሆናል።
4. በፋርማሲ የሚቀመሙ ዝግጅቶች መያዣ ላይ በሚለጠፉ ገላጭ ጽሑፎች ሊኖሩ ይገባል፣
5. የቅመማ ስራ ቅደም ተከተል ኤስ.ኦ.ፒ ሊኖር ይገባል።
6. የቅመማ ኬሚካሎች ለመድኃኒት ቅመማ ተብለው የተዘጋጁ መሆን አለባቸው።

25.

1)

መደብር

26.

1. መደብር

!

( ) (Self contained)

( ) ሽንት ቤትና ቆሻሻ

( ) (

)

( )

(

)

(

)

( )

የተሚላ

( )

( )

2. መደብር

( )

( ) ወለሉ ከስሚንቶ ወይም ከሸክላ ወይም ከጣውላ የተሰ መሆን

አለበት፡፡

( ) ግድግዳዉ በሚችል ቀለም የተቀባ አግባብ ያለው ተስማሚ

ግብዓት የተሰራ መሆን አለበት፡፡ በተጨማሪም ግድግዳዉ ከጭቃ፣ ከቆርቆሮ፣

ከመስታወት እና ከእንጨት የተሰራ መሆን የለበትም ፡፡ ነገር ግን የማደያ ክፍል ፊትለፊቱ መስታወት ይችላል፡፡

( ) / / / (

)

ግድግዳዉ

በሚችል ቀለም የተቀባ ሆኖ ነገር ግን በቀላሉ በሙቀትና በርጥበት ተፅኖ ሊደርስባቸዉ የሚችሉ ግባዓቶቸ /ለምሳሌ፡ ጭቃ፤ ቆርቆሮ፤ መስታወት ወይም ኮምሳቶ እና ከመሳሰሉት/ የተሰራ መሆን የለበትም፡፡

(ሰ) በቂ ብርሀን ሊያስገባ የሚችልና በቂ የአየር ዝዉዉር ያለው መሆን አለበት፡፡

(ረ) ጣራዉ ሙቀትን የሚቀንስ ኮርኒስ ያለው መሆን አለበት፤ በተጨማሪም

( )

(ሸ) ቀጥታ የፀሐይ ብርሀን፣ ቆርጣሚና ተሳ ንስሳት ነፍሳት የማያስገባ መሆን

አለበት፡፡

)

) ማንኛዉም መድኃኒት መደብር የህንጻው አቀማመጥ ለጎርፍ፣ ለእሳትና ተመሳሳይ

አደጋ የተጋለጠ መሆን የለበትም፡፡

)

/

27.

26 -

1) ለ 20 . 30 .

50 . 90

50 .

2)

3) 0.50 . 3.5

2

20 .

4) 2.0 1.5 .

5) 2

/ /

6)

7)

8) 2.5

9) 1.7

10) 18.55

3.5

28.

1) 26 -

( )

( ) 20 . 30 .

50 .

90 50 .

( ) 20 .

30 .

50 .

( )

( )

( )

( ) 2.5

( ) 9

2) **መጸዳጃ ክፍ**

3) **ድርጅቱ-የጽህፈት ሥራ ለ ቦታ ወይም ክፍል**

29.

1.

-

( )

( ) (3)

2) (29)

( )

( ) በማንኛውም ጊዜና ሥፍራ ሕግን በመጣሱ ምክንያት በሙያው ተሰማርቶ እንዳይሰራ በሕግ ያልተከለከለ ከሆነ

( ) የሙያ ግዴታውን ለመወጣት የ ያስችል የአእምሮ ሕመም ወይም የአካል ጉድለት የሌለበት ወይም የአልኮል መጠጥ፣ የናርኮቲክና የሣይኮትሮፒክ መድ ኒቶች ሱሰኛ ያልሆነ—

( ) ይሰራበት ከነበረው መሥሪያ ት በስሙ አውጥቶ በዘርፉ ሲሰራ ከነበረ ምስክር ወረቀቱ የመለሰ ማስረጃ

( ) በረዳትነት በዘርፉ ይሰ አካል

ማስረጃ ሲያቀ ብ

3)

2

4) 24

በአንቀፅ 29 ንዑስ አንቀፅ 1 ስር የተቀመጠው የብቃት ማረጋገጫ የምስክር ወረቀት ለማውጣት የሚጠየቀው የትምህርት ዝግጅት እና ሙያ ደረጃ እንዲሁም የስራ ልምድ የሚያሟላ መሆን አለበት፡፡ ወይም በዲፕሎማ 2 ዓመት እና ከዚያ በላይ ያገለገለ መሆን አለበት፡፡

5)

6) 45

7) 30

8) 30

30.

1.

( )

( )

( ) ናርኮቲክና ሣይኮትሮፒክ ኒቶች ሰነዶች ቁልፍ ባለው ቁምሳጥን መያዝ ፤

(መ)

( )

( )

( )

( ) በማይኖርበት ጊዜ የሚፈቀደውን የሙያ ደረጃና ተፈላጊውን የሥራ ልምድ ያለውና በውክልና ወቅት ሌላ ሥራ የሌለው ባለሙያ ከሦስት ወር ላልበለጠ ጊዜ ተክቶ ሙሉ ጊዜ እንዲሰራ ማስፈቀድ

( ) ውክልና ወቅት

( )

( )

( )

2.

( )

( )

( )

( )

( )

( )

( )

31.

1. የመድ ኒት መደርደሪያዎ

2. ባንኮ

3.

4. የቅዝቃዜ ሰንሰለታቸውን መጠበቅ የሚያስፈልጋቸውን መድኃኒቶች መያዣ ማቀዝቀዣ ከነሙቀት መቆጣጠሪያ ቴርሞ ሜት

5. የግድግዳ ሙቀት መቆጣጠሪያ

6. ከፍተኛ ሙቀት ባለበት አካባበቢ የሚሰራ ከሆነ ኒት ያሉባቸው ክፍሎች በሚያዳርስ ሁኔታ አየር ኮንዲሽነር (AC) ወይም ቬንትሌተር፤

7. ማረፊያ ወንበሮ ፤

8. የእሳት አደጋ ማጥፊያ መሣሪያ፤

9. ጠረጴዛ፣

10.

11.

32.

1. ድርጅቱ የሚጠይቀውን የትምህርት ማስረጃና የሙያ ምዝገባ ፍቃድ ያለወ
።
2. ድርጅቱ በስሩ እ
3. /
/
4. /GOOD STORAGE PRACTICE/
/GOOD DISTRIBUTION PRACTICE/
5.

33. የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀትን ስለማገድ

1) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀትን ቀጥሎ ምክንያቶች በአንዱ ከሶስት ወር ስከ አንድ መት ለሚሆን ጊዜ ሊያ ድ ይችላል፡፡

( )

( ) ድርጅቱን በኃላፊነት የሚመራው ባለሙያ

( ) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት አንድሎ ከተገኘ

( ) የድርጅቱ ሰራተኛ የቁጥጥር ማናኛውንም አይነት

( ) ማናቸውንም ያልተፈቀዱ ቃዎች በመሸጥ መድኃኒት በጅምላ ፋፊለ /መሸጥ/ በሽተኛን ማከም ስራ ላይ ከተሰማራ የመርፌ መውጋት ስራ ወይም

( )

( )

( )

( )

( ) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀቱን ለሶስተኛ ወገን ካስተላለፈ

( ) ድርጅተን ክፍሎች ለመኖሪያ ለመኝታ አገልግሎት ሲጠቀም ከተገኘ

( ) ፈቃድ ከተሰጠው በአግባቡ ከተወከለው ባለሙያ

ውጪ የመድ ኒት እደላ ተግባር ከና ን ከተገኘ፤

( ) ድርጅቱን በኃላፊነት የሚመራው ባለሙያ

( )

( ) ነው ብሎ

ሌሎች ተመሳሳይ

2) ድርጅቱ በሌላ አ ባብ ባለው አካል በንግድ ሥራ ላይ ንዳይሠራ ከ ገደ የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀቱ አ ባብ ያለው አካል ለወሰደበት ለተመሳሳይ ጊዜ ::

3)

ሊ ገድ የቻለበትን

ምክንያትና የተወሠደውን ርምጃ ለድርጅቱ በፅሁፍ የ

34. የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀትን ስለመሠረዝ

1) ብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ከሚከተሉት በአንዱ ምክን ት ሊሰርዝ ይችላል

( ) ያልተመዘገበ፣ የተከለሰ፣ የተጭበረበረ፣ - መንገድ የገባ

አሳሳች ገላጭ ጽሁፍ የያዘ ወይም

ሲሸጥ ከተገኘ

( ) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀቱ የተገኘው በማጭበርበር መሆኑ

( ) የተበላሸ፣ የአገልግሎት ጊዜ ያለፈበት፣ ገበያ ላይ እንዳይውል የታገደ መድ ኒት ከተገኘ

( ) የሕክምና ሙያ ከሚፈቅደው መጠን አብልጦ ወይም አሳንሶ ለተጠቃሚ ግለሰብ ከሸጠ

( )

( ) በአንቀጽ 36 የተጠቀሱትን

ሲያከናውን ከተገኘ

( ) አስፈላጊ

ነው ብሎ ሌሎች ተመሳሳይ መስፈርት

( ) ድርጅቱ ስራውን በራሱ ፈቃድ

( ) ድርጅቱ አግባብ ካለው አካል በንግድ ሥራ ላይ እንዳይሠማራ

ድርጅ አግባብ ካለው አካል በንግድ ሥራ እን ሠማራ

ብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀ

( ) 9 5

( )

3

2)

ሊ ገድ የቻለበትን ምክንያትና የተወሠደውን ርምጃ ለድርጅቱ በፅሁፍ የ

35.

1) የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ከተሰጠበት የአገልሎት ይነት ወይም ደረጃ ለውጦ አዲስ የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ለማግኘት፤

2)

3)

36.

1.

ፈቃድ

2.

ፈቃድ

3.

ፈቃድ መሰረት

መድ

-
-
-
-

4.

ፈቃድ

የአገልግሎት ጊዜያቸው ያለፈባቸው መድሀኒቶች አወጋገድ መመሪያ (medicines waste management and disposal directive no.2/2011) መሰረት የማስወገድ ግዴታ ታ አለበት፡፡

37.

38.

1)

2)

37 1

3)

39.

40.

41.

42.

1) “***የመድኃኒት ችርቻሮ ድርጅት ማሟላት ያለበት መመዘኛዎችና የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት አሰጣጥ መመሪያ*** ”1994 .

2)

43.

2010 .

44.

1:

የመድ ኒት ችርቻሮ / /

1. የአመልካች ስም ከነአያት ____________________
2. የአመልካች የመኖሪያ አድራሻ

   ክልል ______________ ዞን ______________ ወረዳ ______________

ከተማ __________ ክፍተኛ __________ ቀበሌ __________ የቤት ቁጥር__________

ስ ል ክ የ መ/ቤ ት -----------------------------------የ ባ ለ ሙያ ---------------------------

የ ባ ለ ን ብ ረ ት -----------------------

3. ሊቋቋም የታሰበው የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት ዓይነት

   3.1 ☐ ☐ ☐

   3.2 መድኃኒት ☐

   3.3 መድኃኒት ቤት ☐

4. የመድኃኒት ችርቻሮ ድርጅቱ ባለቤትነት

   4.1 የግል ☐

   4.2 ኃላፊነቱ የተወሰነ የግል ማህበር ☐

   4.3 የአክሲዮን(የውል መረጃ ይያያዝ) ☐

5. የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ ሊቋቋም የታሰበበት አድራሻ

   ክልል______________ / ______________ ወረዳ ______________

   ______________ስ ል ክ ቁ ጥ ር ______________________

6. አመልካች በመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ የሚኖራቸው ኃላፊነት

   6.1 ባለንብረት ☐

   6.2 ባለንብረትና ባለሙያ ☐

   6.3 ባለሙያ ☐

7. የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅ የሚመራው ባለሙያ

   ስም ከነአያት ______________________

   የሙያ ደረጃ ______________________

በጤና ጥበቃ ሚ/ር በ በ ት

____

(ባለሙያው ተቀጣሪ ከሆነ የውል ስምምነት ይያያዝ)

8. ባለሙያው በመድ ኒ (በዘርፉ)ላይ ያላቸው የሙያ ልምዶች(መረጃ ይያያዝ)

9. (

/)

____

____

____

____

____

____

10. የሚቋቋመው የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት

10.1 የውሃ አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

10.2 የኤሌክትሪክ መብራት አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

10.3 የስልክ አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

10.4 አካባቢው ለመድ ኒት ችርቻሮ ተግባር ተስማሚ

ነው ☐ አይደለም ☐

11. የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ

11.1 የማደያና የማከማቻ ክፍሎች በቂ መደርደሪያ

አላቸው ☐ የላቸውም ☐

11.2 የመድ ኒት ማደያ ባንኮኒ

አለው ☐ የለውም ☐

11.3 ማቀዝቀዣ ከነሙቀት መቆጣጠሪያው ቴርሞ ሜትር፣2 የግድግዳቴርሞ ሜትርና የእርጥበት መቆጣጠሪያ /hygro meter/

አለው ☐ የለውም ☐

11.4 የእሳት አደጋ መከላከያ (ማጥፊያ)

አለው ☐ የለውም ☐

11.5 በቂ የበሽተኛ ማረፊያ ወንበሮች

አለው ☐ የለውም ☐

11.6 ለጽሕፈት ሥራ የሚጠቀምበት ጠረጴዛና ወንበሮች

አለው ☐ የለውም ☐

11.7 የሳይኮትሮፒክ መድኃኒቶች ማስቀመጫ ቁልፍ ያለው ካቢኔት

አለው ☐ የለውም ☐

11.8 መፀዳጃ ክፍል ከነውሃ አገልግሎቱና የእጅ መታጠቢያ ሲንክ

አለው ☐ የለውም ☐

11.9 የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅ ጎርፍ የማያስገባ

ነው ☐ አይደለም ☐

11.10 የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት የሚቋቋምበት ቤት ቆሻሻ የሌለበት አካባቢ

ነው ☐ አይደለም ☐

---

1. 20 . 20 .

50 . 1

☐ ☐

1. 0.50 . ____________

3) 2.5 1.5 .

☐ ☐

4) 3 ( )

☐ ☐

5) 2 ( )

☐ ☐

6)

☐

7)

8) m²

9) / /

( )

( ) 20 . 20 .

50 . 1 .

( )

( ) ( ) / /

1.

2 0.75 . 1

2.

3.

4. / /

/ /

/sink/ 2.4

ዓ .ም

/ /

ይአ ንስፐፔክተሮች ስም፣ፊርማ፣ቀን

1. ______________________________
2. ______________________________
3. ______________________________
4. ______________________________
5. ______________________________

.				

2:

የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት ለማቋቋምጭ/በ ታ ለ መቀ የ ር / የብቃት

ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት መጠየቂያ ማመልከቻ ቅጽ

12. የአመልካች ስም ከነአያት ___________________________

13. የአመልካች የመኖሪያ አድራሻ

ክልል ________________ ክ/ከተማ__________________ወረዳ ________________

የቤት ቁጥር____________________ስ ል ክ ቁ .___________________________

14. ሊቋቋም የታሰበው የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት ዓይነት

14.1 ☐ ☐ ☐

14.2 መድኃኒት መደብር ☐

14.3 የገጠር መድኃኒት ቤት ☐

15. የመድኃኒት ችርቻሮ ድርጅቱ ባለቤትነት

15.1 የግል ☐

15.2 ኃላፊነቱ የተወሰነ የግል ማህበር ☐

15.3 የአክሲዮን(የውል መረጃ ይያያዝ) ☐

16.የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ ሊቋቋም የታሰበበት አድራሻ

ክልል ________________ ክ/ከተማ __________________ ወረዳ ________________

የቤት ቁጥር __________ ስ ል ክ ቁ. ________________________

17.አመልካች በመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ የሚኖራቸው ኃላፊነት

17.1 ባለንብረት ☐

17.2 ባለንብረትና ባለሙያ ☐

17.3 ባለሙያ ☐

18.የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅ የሚመራው ባለሙያ

ስም ከነአያት ______________________________

የሙያ ደረጃ ______________________________

በጤና ጥበቃ ሚ/ር በ

____

(ባለሙያው ተቀጣሪ ከሆነ የውል ስምምነት ይያያዝ)

19.ባለሙያው በመድ ኒ (በዘርፉ)ላይ ያላቸው የሙያ ልምዶች(መረጃ ይያያዝ)

20.የሚቋቋመውየመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት

20.1 የውሃ አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

20.2 የኤሌክትሪክ መብራት አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

20.3 የስልክ አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

20.4 የፖስታ አገልግሎት

አለው ☐ የለውም ☐

20.5 አካባቢው ለመድ ኒት ችርቻሮ ተግባር ተስማሚ

ነው ☐ አይደለም ☐

21.የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅቱ

21.1 የማደያና የማከማቻ ክፍሎች በቂ መደርደሪያ

አላቸው የላቸው ☐ ☐

21.2 የመድ ኒት ማደያ ባንኮኒ

አለው ☐ የለውም ☐

21.3 ማቀዝቀዣ ከነሙቀት መቆጣጠሪያው ቴርሞ ሜትር

አለው ☐ የለውም ☐

21.4 የእሳት አደጋ መከላከያ (ማጥፊያ)

አለው ☐ የለውም ☐

21.5 የበሽተኞች ማረፊያ ወንበሮች

አለው ☐ የለውም ☐

21.6 ለጽሕፈት ሥራ የሚጠቀምበት ጠረጴዛና ወንበሮች

አለው ☐ የለውም ☐

21.7 የሳይኮትሮፒክ መድኃኒቶች ማስቀመጫ ቁልፍ ያለው ካቢኔት

አለው ☐ የለውም ☐

21.8 መፀዳጃ ክፍል ከነውሃ አገልግሎቱና የእጅ መታጠቢያ ሲንክ

አለው ☐ የለውም ☐

21.9 ሌሎች ያሉት ዝግጅቶች በአባሪ ወረቀት ይዘርዝሩ::

21.10 የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅ ጎርፍ የማያስገባ

ነው ☐ አይደለም ☐

21.11 የመድ ኒት ችርቻሮ ድርጅት የሚቋቋምበትቤት ቆሻሻ የሌለበት አካባቢ

ነው ☐ አይደለም ☐

22. እኔ ከዚህ በላይ የዘረዘርኳቸው መረጃዎች ትክክለኛ መሆናቸውን አረጋግጣለሁ::

ስም ______________________________

ፊርማ ____________________________ ቀን ______________________________

3:

Standard Prescription Paper

PRESCRIPTION PAPER Code____________

Name of institution __________________ Tel. No……………

Patient's full name __________________________________

Sex ___ Age ___ Weight ______ Card No.____________

Region: _______Town ________ Woreda______Kebele _____

House No. ____ Tel. No: _______*Inpatient*Outpatient

Diagnosis, if not ICD ______________________________

Drug Name, Strength, Dosage Form, Dose, Frequency, Duration, Quantity, How to use & other information	Price (dispensers use only)

Rx	
Total Price	

Prescriber's Dispenser's

Full name ________________________ _________________

Qualification _____________________ _________________

Registration #_______________________ _________________

Signature ________________________ _________________

Date: _________________________   _________________

See overleaf

4

5

Adverse Drug Event Reporting Form

Patient Name (Abbreviation)	Card No	Age, Date of birth	Sex	Weight	Height
Ethnic group		Substance of abuse			
Information on suspected drug/vaccine S=suspected drug C=concomitantly used drugs					

Drug name(write all information including brand name batch no and manufacturer	S/C	Dose/dosage form, route, frequency	Date drug taking was started (D/M/Y)	Date drug reaction started (D/M/Y)	Date drug taking was stopped (D/M/Y)	Indication (Reason for drug use)

Adverse drug event description(include all available laboratory test results)

____

____

____

____

____

____

____

____

__________________________.

Reaction necessitated	Reaction subside after D/C of suspected drug
Discontinuation of drug/s □ YES □ No	□ YES □ No □ Information not available
Hospitalization prolonged □ YES □ No	Reaction reappear after restart of suspected drug
	□ YES □ No □ Information not available

Treatment of reaction

____

____

____

Outcome: □ Died due to the adverse event □ Died, drug may be contributory □ Not yet recovered

□ Recovered without sequeale □ Recovered with sequlae □ Unknown

Sequelae

Relevant medical conditions such as allergies, renal disease, liver disease, other chronic diseases, pregnancy etc____				
Reported by: Name ---	Profession: --------------------------	Email address: --		Telephone -------------------------
Name of health institution				Date
Product quality problem: Color change, separating of components, powdering, crumbling, caking, molding, change of odor, incomplete pack, suspected contamination, poor packaging/poor labeling, etc (Write if anything different than given above)				
Drug trade name	Batch No	Registration no	Dosage form and strength	Size /type of package
For office use only				
Received on:			Registration no:	
Key: D/M/Y ; Date /Month/Year D/C; Discontinue treatment Y;YES N;NO				

----

what to report

All suspected reactions to drugs

Unknown or unexpected reactions
Serious adverse drug reactions
Unexpected therapeutic effects
All suspected drug interactions
Product quality problems
Treatment failures
Medication errors

NB. Drugs includes

Conventional drugs
Herbal drugs
Traditional medicines
Biologicals
Medical supplies
Medicated cosmetics

This ADE reporting form wasprepared by FMHACA in collaboration with MSH/SPS and the financial support from USAID

HQ2

From -- Business Reply Service License No HQ2

-- Postage prepaid

-

Food, Medicine and Health care Administration and Control Authority of Ethiopia

Food, Medicine and Health Care Administration and Control Authority

Regulatory Information Development and Dissemination Team

P.O.Box 5681-Tel.0115-523142

Addis Ababa,Ethiop

6

EQUIPMENT QUANTITY

1. Prescription Balance …………………………………………………………… 1
2. Glass/Porcelain Mortur and pectle ………………………………………………1
3. Graduated measuring cylinders (different sizes) ……………………………….. 2
4. Beakers of different sizes ……………………………………………………… 4
5. Spatula ………………………………………………………………………… 2
6. Ointment title …………………………………………………………………… 1
7. Glass rods ……………………………………………………………………… 2
8. Funnel (Glass or plastic) ……………………………………………………… 2
9. Flasks of different sizes ………………………………………………………….. 2
10. Test tubes of different sizes ……………………………………………….…. 2
11. Packing materials………………………………………………………………….
12. Water filter (candle filter)………………………………………………………… 1
13. Sink………………………………………………………………………………… 1

7

የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት ሲሰጥ ወይም ሲታደስ

አስተዳደርና ቁጥጥር ባለሥልጣን ማሳወቂያ ቅፅ

ቁጥር_____________

ቀን _____________

አስተዳደርና ቁጥጥር ባለሥልጣን

አዲስ አበባ

በ____ከ /ክልል

መስተዳድር፣ዞን_____________ ወረዳ ________________________፣የቤት ቁ._______________፣ስ.ቁ. _______________________________፣ፖ.ሣ.ቁ. _____________ የሚገኝ ንብረትነቱ የአቶ/ወ/ሮ

____ የሆነውና በአቶ/ወ/ሮ __________________________ የሙያ ደረጃ ________________ የሙያ ምዝገባ ቁጥር _________________ ባለሙያነት የሚመራው_________ የተባለው(መድኃኒት ቤት፣ መድኃኒት መደብር) በ____ ቀን _______ ወር _______ ዓ.ም. በተካሄደው ንስፔክሽን ተፈላጊውን መስፈርት አሟልቶ በመገኘቱ የብቃት ማረጋገጫ ምስክር ወረቀት አዲስ የተሰጠው /የታደሰለትና ድርጅቱ በሚገኝበት ቦታ ያለው ከፍተኛ የጤና ተቋም________________ መሆኑን እንገልፃለን፡፡