

جناب آقای دکتر منفرد - رئیس محترم انجمن داروسازان استان فارس

با سلام و احترام

به استحضار می‌رساند به منظور اصلاح فرایند صدور حواله داروهای خاص و به منظور پایش بهتر فرایند توزیع دارو و جلوگیری از خروج احتمالی دارو از چرخه رسمی توزیع کشور، از تاریخ ۱۴۰۴/۰۲/۰۲ تمامی حواله‌ها با فرمت قبلی باطل و از درجه اعتبار ساقط و تنها حواله‌های جدید با مشخصات ذیل (طبق فایل پیوست) قابل قبول می‌باشد و لطفاً چنانچه مغایرتی طبق مفاد ذیل مشاهده گردید تحت هیچ عنوان دارو تحویل نگردد:

- ۱- درج سال ۱۴۰۴ بر روی حواله به صورت تایپی در قسمت بالای کادر سمت راست
 - ۲- شماره سریال ویژه هر برگ حواله به صورت تایپی به رنگ قرمز
 - ۳- مهر برجسته معاونت غذا و دارو با امضا و مشخصات کامل صادر کننده حواله
 - ۴- تعداد و تاریخ با عدد و حروف به صورت دست نویس
- همچنین تمامی داروخانه‌های دریافت کننده حواله دارویی می‌بایست موارد زیر را مد نظر قرار دهند:
۱. تمامی حواله‌ها تنها ۲۴ ساعت پس از صدور، دارای اعتبار می‌باشد.
 ۲. بررسی نسخه معتبر و کارت شناسایی به نام بیمار و تطبیق با حواله الزامی می‌باشد.
 ۳. نگهداری فیزیک هر حواله جهت ارائه به کارشناسان اداره فنی و نظارت الزامی می‌باشد.
 ۴. داروخانه موظف است در پایان هر ماه جدول اطلاعات ثبت شده را در فرمت اکسل (به پیوست) به صورت نام و نام خانوادگی بیمار، نام خانوادگی صادر کننده حواله، تاریخ حواله، نام دارو، تعداد دارو و توضیحات تکمیلی را به اداره تدارکات معاونت غذا و دارو شیراز، ارائه دهد.

دکتر محمدجواد خشنود

معاون غذا و دارو



رونوشت:

- سرکار خانم دکتر سوزان بصیر - رئیس محترم اداره نظارت بر داروخانه‌ها و شرکت‌های پخش دارویی - جهت استحضار
- جناب آقای دکتر محمد جواد خشنود - عضو محترم هیئت علمی دانشکده داروسازی - جهت استحضار
- مدیریت و مسئول فنی محترم داروخانه هلال احمر - جهت اطلاع
- جناب آقای دکتر جواد رستمی یلمه مدیر محترم داروخانه ویژه - جهت استحضار
- مهندس کاظمی - رئیس محترم حراست
- جناب آقای مهندس عسکری - رئیس محترم بازرسی دانشگاه
- جناب آقای دکتر نیاکان معاون محترم درمان
- جناب آقای دکتر عبدالخالق کشاورزی معاون محترم توسعه مدیریت و منابع

این نامه در اتوماسیون اداری دانشگاه علوم پزشکی شیراز تهیه گردیده است و در خارج از سامانه فوق بدون مهر و امضا اصلی فاقد اعتبار می‌باشد.

تایید شده است
تاریخ: ۱۴۰۴/۰۲/۰۳
مهر و امضا: [Signature]

شماره سریال ۰۰۰۰۰۴ تدارکات دارویی / سال ۱۴۰۴ دانشگاه علوم پزشکی و خدمات بهداشتی درمانی شیراز	شماره سریال ۰۰۰۰۰۴ تدارکات دارویی / سال ۱۴۰۴ نام داروخانه:
معاونت غذا و دارو مسئول فنی محترم داروخانه باسلام و احترام: پیرو هماهنگی انجام شده، لطفاً تعداد (به عدد و حروف) (عدد) از داروی تحویل بیمار با مشخصات زیر گردد. نام و نام خانوادگی : کد ملی: شماره تماس: تاریخ صدور حواله (به عدد و حروف) : ساعت صدور: توضیحات: نام و نام خانوادگی صادر کننده: مهر و امضاء	نام دارو: تعداد: نام و نام خانوادگی بیمار: کد ملی: شماره تماس: تاریخ و ساعت صدور: توضیحات: نام و نام خانوادگی صادر کننده مهر و امضاء
این حواله ۲۴ ساعت اعتبار دارد	حواله بدون مهر برجسته اعتبار ندارد