附件4

铁岭市“双通道”定点零售药店现场核查评估表

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **序号** | **评估事项** | **申请条件和报送材料** | **现场情况** | **结果** | **分值** | **实得分** |
| 1 | 机构登记 | 药品经营执业许可证、营业执照 | 是否超过有效期 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 2 | 执业药师 | 执业药师职称证 | 在岗的药师资质与提交的证书是否一致； | 是（ ） 否（ ） | 10 |  |
| 3 | 制度管理 | 高值药品质量保障制度 | 建立高值药品质量保障制度，且已上墙 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 冷链配送管理制度 | 建立冷链配送管理制度，且已上墙 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 冷链储存应急预案 | 建立冷链储存应急预案，且已上墙 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 执行药品价格政策 | 执行国家、省、市药品价格规定，价格表上墙 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 4 | 经营专区 | 设有独立高值药品销售专区 | 专区面积至少40平 | 是（ ） 否（ ） | 10 |  |
| 具有药品援助、药学知识咨询解答功能 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 5 | 药品管理 | 授权经营高值药品品种达到我省现行高值药品品种40%以上 | 是否达到高值药品规定品种 | 是（ ） 否（ ） | 10 |  |
| 配备冷藏设备 | 是否配备阴凉柜和冷藏柜 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 配备应急、监控、报警设备 | 是否配备应急专用电源 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 是否达到温度数据实时监控、报警设备 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 配备高值药专用冷链配送设备 | 是否有专用冷链配送设备 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 6 | 财务管理 | 建立药品购销存电子台账 | 实现药品登记、处方录入、药品查询、汇总功能 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 台账与实物药品名称、数量相符 | 是（ ） 否（ ） | 5 |  |
| 7 | 档案管理 | 建立高值药品患者实名制档案（具备援助项目有慈善档案） | 完整记录药品使用情况，慈善项目要记录发放记录 | 是（ ） 否（ ） | 10 |  |
| 评估结论 | |  | | | |  |
| 医疗机构负责人（签字、盖章） | |  | | | | |
| 评估人员（签字） | |  | | | | |