

_____ dn. _____

pieczęć apteki

**PROCEDURA KORZYSTANIA Z POMIESZCZENIA
ADMINISTRACYJNO-SZKOLENIOWEGO NA CZAS WYKONYWANIA
W NIM OPIEKI FARMACEUTYCZNEJ.**

Zatwierdził:

Podpis kierownika apteki:

Podczas wykonywania opieki farmaceutycznej w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym (pomieszczenie to stanowi podstawową powierzchnię apteki wg rozporządzenia MZ (Dz.U nr 161 z 2002, poz. 1338 z późn.zm.); pomieszczenie to w warunkach wykonywania zasadniczej działalności apteki zabezpieczone jest przed dostępem osób nieuprawnionych) – należy zapewnić pacjentowi bezpieczeństwo, poszanowanie intymności i godności oraz zagwarantować niezakłócone wykonywanie innych czynności w aptece.

Podczas prowadzenia opieki farmaceutycznej w pokoju administracyjno- szkoleniowym, nie można w nim w tym czasie wykonywać pozostałych czynności aptecznych.

Minimalne wyposażenie, jakie musi posiadać pokój opieki farmaceutycznej, określa Rozporządzenie Ministra Zdrowia dnia 30 września 2002 r. w sprawie szczegółowych wymogów, jakim powinien odpowiadać lokal apteki (Dz. U. poz. 1395, z 2004 r. poz. 882, z 2021 r. poz. 1035 oraz z 2022 r. poz. 38 oraz 412) – kierownik apteki jest odpowiedzialny za prawidłową weryfikację wyposażenia zgodnie z powyższym rozporządzeniem.

Podczas wykonywania opieki farmaceutycznej w pomieszczeniu administracyjno-szkoleniowym należy go wcześniej odpowiednio przygotować m.in. Posprzątać rzeczy osobiste, dokumenty wewnętrzne i poufne, w szczególności te zawierające dane osobowe (zgodnie z zasadami RODO).

Jeżeli dojście do pokoju administracyjno-szkoleniowego prowadzi przez zaplecze, to należy wprowadzić pacjenta z pomocą innego pracownika apteki, w sposób niezakłócający wykonywania pozostałych czynności aptecznych.

Pacjent nie przebywa sam w aptece. Za każdym razem jest nadzorowany przez pracownika apteki wyznaczonego przez kierownika apteki.

Po zakończeniu wykonywania opieki farmaceutycznej osoba jej udzielająca przywraca pomieszczenie administracyjno-szkoleniowe do korzystania z niego zgodnie z jego podstawowym przeznaczeniem.

Potwierdzam zapoznanie się z procedurą.

Data i podpisy