**Beküldendő 2 példányban!**

**az akkreditáció kezdeményezéséhez választott orvosi egyetemhez!**

***PÁLYÁZATI ŰRLAP***

1. ***Közforgalmú gyógyszertár\****
2. ***Intézeti gyógyszertár \****
3. ***Gyógyszergyártó részleg\****
4. ***Gyógyszerkutató/vizsgáló\****

***SZAKKÉPZŐ HELLYÉ MINŐSÍTÉSHEZ***

***Szakgyógyszerész képzéshez***

**SZAKIRÁNY:** Gyógyszerellátási szakgyógyszerészet / Kórházi-klinikai szakgyógyszerészet / Ipari szakgyógyszerészet\*

*(\*a megfelelő aláhúzandó a 22/2012. EMMI rendelet szerinti akkreditáció esetén)*

**SZAKKÉPESÍTÉS:** …………………………………………………………………………..

(A 66/1999. EüM rendelet 7. mellékletében, vagy a 22/2012. EMMI rendelet 1. mellékletben meghatározott szakképzések)

A minősítési eljárás végén kiadott határozat a 66/1999. (XII. 25.) EüM rendelet (2012. szeptember 14-éig megkezdett képzések) és a 22/2012. (IX. 14.) EMMI rendelet (2012. szeptember 15-ét követően megkezdett képzések) szerinti képzésekre is vonatkozik.

A 16/2010. (IV. 15.) EüM rendelet 3. számú melléklete alapján, amennyiben a szakképzőhelyen fennálló személyi és tárgyi feltételek alkalmasak arra, hogy a teljes szakképzési programot, vagy legalább annak 75%-át oktassák, úgy TELJES JOGÚ akkreditáció, amennyiben a szakképzési program kevesebb, mint 75%-át, úgy RÉSZJOGÚ akkreditáció adható.

* \*megfelelő rész aláhúzandó

**NYILATKOZATOK:**

1. A szakképzőhellyé minősítést ……….. év ….… hó ……. napjától kérjük. Amennyiben a szakképzőhely rendelkezett korábbi akkreditációval, úgy érvényességének lejárta:………. év ….… hó …. nap.
2. A szakképzőhely korábbi érvényességű akkreditációjának lejárta óta a személyi, tárgyi feltételekben olyan változás, mely az akkreditációt érdemben érintené (aláhúzandó)

* nem történt
* történt
* nem volt korábbi akkreditáció

Változások: ………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**Jelen adatlapon megadott személyi és tárgyi feltételek ……. év …... hó ….. naptól állnak fenn.**

**Amennyiben még érvényes a korábbi határozata, annak száma:…………………………**

**A módosítási kérelem indoka (szakképzésért felelős személy, gyógyszertár neve, címe változott, új szakképesítésre kérik az akkreditációt):**

**1. A pályázó képzőhely adatai**

Neve:.…………………………………………………………………………..……..…….….

Címe:...…………………………………………………………………..……………..………

Vezető:.………………………………………………………………………………

Személyes gyógyszertár működtetési jog: *(gyógyszergyártó és gyógyszerkutató/vizsgáló részlegnél nem szükséges)*.……………………………………………………

Gyógyszertár működési engedélyének száma: *(gyógyszergyártó és gyógyszerkutató/vizsgáló részlegnél nem szükséges)*…………………………………………….

Telefon:.……………..Fax:.…………………E-mail:..………………..……………………….

**A szakképzésért felelős személy(ek) a képzőhelyen:**

(Nem feltétlenül azonos a gyógyszertár vezetővel! Amennyiben több szakképesítésre kérték az akkreditációt végzettség függvényében több személy megnevezése is lehetséges, szükség esetén szabadon bővíthető) :

a)Neve:.……………………………………………………………………….………….…..........

Címe:.……………………………………………………………………………………………

Működési nyilvántartási száma:...…………………………………………………………….....

Telefon:.……………..Fax:.…………………E-mail:.……………….………….....…………...

b) Neve:.……………………………………………………………………….………….…..........

Címe:.……………………………………………………………………………………………

Működési nyilvántartási száma:...…………………………………………………………….....

Telefon:.……………..Fax:.…………………E-mail:.……………….………….....…………...

1. **A szakképzésért felelős személy(ek) adatai:**

(szükség esetén személyenként szabadon bővíthető)

1. Szakképesítései:

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Szakképesítés** | **Megszerzésének éve** | **Az ÁEEK által nyilvántartott működési nyilvántartásának érvényessége** |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

Tudományos minősítése (időpontja):…………………………………………………

Nyelvismerete(i):

|  |  |
| --- | --- |
| **Nyelv** | **Fok** |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

közlemények, előadások:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………….

1. **Képzésben résztvevő további oktató gyógyszerészek (tutor/ok)**

*(Az adott szakképesítésnek megfelelő legalább 3 év folyamatos szakirányú gyakorlattal kell rendelkeznie, valamint teljes, minimum heti 36 órás, napi munkavégzésre irányuló jogviszonnyal.)*

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Név** | **Működési nyilv. szám** | **Szakképesítés(ek)** | **Megszerzésének éve** | **Az ÁEEK által nyilvántartott működési nyilvántartásának érvényessége** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

1. **A vezetőn felül főállásban dolgozó, (szak)gyógyszerészek, és szakdolgozók létszáma.**

Összlétszám: …………… fő

Szakképesítés szerinti bontásban (képesítés/fő):

………………………………………………………………………………………………..….

………………………………………………………………………………………………….

**5/1. A közforgalmú gyógyszertári munka profiljának jellemzése**

*Kérjük, hogy a tárgyévet megelőző év adataival szíveskedjenek feltölteni.*

1. Betegforgalmi adatok

Napi betegforgalom (vény/nap):.......……………….........………..…………………………….

Magisztrális gyógyszerkészítési tevékenység (vény/nap):....……………………………………

Aszeptikus gyógyszerkészítés (vény/nap):...……………………………………………………

Az ügyeleti napok száma (nap/év):....…………………………………………………………...

Ellátott fiók és kézigyógyszertárak száma: ……………………………………………………..

Ügyeleti munka folyik-e a gyógyszertárban: igen / nem

A gyógyszertár információs tevékenysége:

* a beteg tájékoztatás módja, eszközei: ……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………
* orvostájékoztatás módja, eszközei:

……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………

**5/2. Az Intézeti gyógyszertári munka profiljának jellemzése**

*Kérjük, hogy a tárgyévet megelőző év adataival szíveskedjenek feltölteni.*

1. Betegforgalmi adatok

Ellátott fekvőbeteg részlegek száma: …………………………………………………… ….

Magisztrális gyógyszerkészítési tevékenység (tétel/nap):....…………………………………

Aszeptikus gyógyszerkészítés (tétel/nap):...…………………………………………….……

Steril készítmények (infúzió, injekció (tétel/nap): ……………………………………...……

Ellátott laboratóriumok száma: ………………………………………………….………..

Ügyeleti napok száma:……………………………………………………………………

Járóbeteg ellátás: van / nincs

1. Gyógyszerkiadás rendje

hagyományos:………………………………………………………..…………….

hetente 1x:………………………………………………………………………….

hetente többször:……………………………………………………..…………….

közvetlen betegre történő kiadás:………………………………………………….

teljes körű:………………………………………………………………………….

bizonyos gyógyszercsoportokra vonatkozó:……………………………………….

1. Gyógyszer információs tevékenység

betegtanácsadás (van/nincs)…………………………………………………………

orvos/nővér tájékoztatás

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| eseti: | közvetlen | / | telefonon | | | / | számítógépen | | |
| szervezett: | konferenciás | havi | | / | ……….havi | | | / | ……..évi |
|  | írásos | havi | | / | ……….havi | | | / | ……..évi |

terápiás protokollok (igen/nem)………………………………………………………

1. Gyógyszerkészítés jellemzése:

individuális készítmények ……………………………………………………. db/nap

galenusi készítmények ……………………………………………………….. tétel/nap

aszeptikus készítmények ……………………………………………………… tétel/nap

steril készítmények (infúziós, injekció)………………………………………. tétel/nap

a gyógyszertár gyógyszerkészítő tevékenysége GMP szerint szervezett-e: igen / nem

1. Gyógyszerterápiás Bizottság: működik / nem működik

**5/3. Ipari gyógyszerészet szakképzés akkreditációja esetén a munka profiljának jellemzése**

*Kérjük, hogy a tárgyévet megelőző év adataival szíveskedjenek feltölteni.*

1. *gyártás…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………..*
2. *kutatás……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*
3. *egyéb………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

**5/4. A Gyógyszerkutató/vizsgáló munka profiljának jellemzése**

*Kérjük, hogy a tárgyévet megelőző év adataival szíveskedjenek feltölteni.*

1. *gyártás……………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*
2. *ellenőrzés…………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*
3. *egyéb………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………………*

(5/1; 5/2; 5/3 a megfelelő rész töltendő)

**6. A képzőhely infrastruktúrája**

Minőségbiztosítási rendszer (esetleges ISO minősítés, belső ellenőrző rendszerek):

……………………………………………………………………………………….…………

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

A gyógyszertár helyiségeinek száma…………………………………………………………..

Vénykészítő helyiség felszereltsége……………………………………………………………

Laboratóriumok felszereltsége………………………………………………………………….

A szakinformatikai program pontos megnevezése: ……………………………………………

A gyártó részleg felszereltségének részletes leírása……………………………………………

………………………………………………………………………………………………….

Szakmai továbbképzés rendszere………………………………………………………………

Szociális háttér (megfelelő helyiségek bemutatása): ……………………………………………...................................................................................

…………………………………………………………………………………………………..

…………………………………………………………………………………………………..

**7. A szakképzéshez kapcsolódó képzőhelyi struktúra**

*(Ez a pont a Közforgalmú-, Intézeti gyógyszertár és Gyógyszergyártó részleg akkreditációhoz értelemszerűen töltendő ki)*

Emelt szintű (betegség-specifikus) gyógyszerészi gondozási tevékenységet (a megfelelő válasz aláhúzandó)

végez nem végez

Milyen terápiás területen végez ilyen tevékenységet:

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….……

Gondozási tevékenységet végző személy(ek) neve, működési nyilvántartási száma:

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….……

Hatósági engedély száma:………………………………………………………………………

Gondozási tevékenység tárgyi feltételei:

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

A képzőhely specialitásai:

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

A képzőhely kapcsolata az egyetemi képzési központtal:

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

Kiket javasol a vezető a beosztottak közül képzést segítőnek:

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

Hány jelöltet vállal képzésre:

…………………………………………………………………………………………….……

**8. Az önképzés lehetőségei**

Online elérhető szakmai adatbázisok megnevezése:

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………….

Képzőhelyen hozzáférhető szakmai kiadványok (pl. FoNo)

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….……

………………………………………………………………………………………………….

Képzőhelyen hozzáférhető szakmai folyóiratok (pl. Gyógyszerészet):

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

**9. A képzőhely oktatási tevékenysége:**

Graduális/posztgraduális képzésben betöltött szerep:

1. Részvétel a gyógyszerészhallgatók oktatásában: évente ………fő hallgató

Kérjük adja meg az elmúlt 5 évben a képzőhelyen gyakorlatukat végző gyógyszerészhallgatók neveit:

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….……

1. Részvétel a szakgyógyszerész jelöltek oktatásában: ……… fő szakgyógyszerész jelölt

Kérjük adja meg az elmúlt 5 évben a képzőhelyen szakgyakorlati idejüket teljesítő szakgyógyszerész jelöltek neveit:

………………………………………………………………………………………….……

…………………………………………………………………………………………….…

…………………………………………………………………………………………….…

1. Jelenleg hány fő szakgyógyszerész jelölt teljesíti szakképzési idejét a képzőhelyen?

……………………………………………………………………………………………..……

1. A képzőhely egyéb oktatási tevékenysége (egyetemi és/vagy egészségügyi szakdolgozói képzésben való részvétel):

………………………………………………………………………………………….………

…………………………………………………………………………………………….……

Felelősségem tudatában kijelentem, hogy a személyi és tárgyi feltételek a hatályos jogszabálynak megfelelnek, valamint a pályázati űrlapon szereplő adatok a valóságot tükrözik

Kelt: ………………………., …….…év ………………... hó ……. nap

**(képzőhely felelős vezetője) (szakképzésért felelős vezető)**