



سلطنة عمان

وزارة الصحة

المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية

لجنة الرقابة و التفتيش على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

دليل التعامل بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية في

المؤسسات الصحية والصيدلانية

إعداد فريق التفتيش على المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

الطبعة الأولى
أغسطس ٢٠١٦م

المحتويات

رقم الصفحة	العنوان
٤	أولاً: المقدمة
٤	ثانياً: الأهداف
٤	ثالثاً: الجهات المعنية بتطبيق الآلية
٥	رابعاً: مخزون المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
٥	خامساً: استيراد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
٧-٥	سادساً: تخزين المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ٦ أ. في مستودع الأدوية/ الصيدلية ٦ ب. في الجناح/ الأقسام/ العيادات الخارجية
٧	سابعاً: التعامل مع فقدان المفاتيح
٨-٧	ثامناً: إمداد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ٨ أ. من مستودع الأدوية أو الصيدلية إلى الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية ٨ ب. بين المستودعات المركزية والاقليمية لنفس المؤسسة الحكومية أو الخاصة
٩-٨	تاسعاً: اعطاء المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للمرضى المنومين
١٢-١٠	عاشراً: وصف وصراف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ١٠ أ. شروط عامة ١٠ ب. شروط الوصفة ١٠ ج. لون وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية ١٠ د. وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للمرضى المنومين ١٠ هـ. وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للعيادات والمرضى المرخصين ١٠ و. وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية الملغاة أو المفقودة
١٣-١٢	الحادي عشر: إستعارة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية داخل المؤسسة الصحية

١٣	الثاني عشر: تبادل المواد المخدرة والمؤثرات العقلية بين المؤسسات الصحية
١٣	الثالث عشر: إجراءات إستلام وتسليم المواد المخدرة والمؤثرات العقلية بين المناوبات
١٤	الرابع عشر: التبليغ عن حوادث المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
١٤	الخامس عشر: التعامل مع الكميات المتبقية من المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
١٥-١٤	السادس عشر: المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المنتهية الصلاحية ١٦ أ. في الاجنحة او الاقسام او العيادات الخارجية ١٦ ب. في الصيدليات أو مستودعات الادوية
١٥	السابع عشر: المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المسترجعة من قبل المرضى
١٦-١٥	الثامن عشر: سجلات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
١٦	التاسع عشر: مراقبة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية
١٧	الملاحق

أولاً: المقدمة

إن المواد المخدرة والمؤثرات العقلية لديها القدرة على أن تسبب الإعتماد ويحتمل أن يساء إستخدامها، وأن التعريف القانوني للمواد المخدرة هو: كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في جداول أرقام (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤ ، ٥) من المجموعة الأولى الملحقة بقانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية، في حين عرفت المؤثرات العقلية على أنها كل مادة طبيعية أو تركيبية من المواد المدرجة في جداول أرقام (١ ، ٢ ، ٣ ، ٤) من المجموعة الثانية الملحقة بنفس القانون. لذلك فانه من المهم جدا وجود رقابة صارمة على جميع المستويات في عملية التعامل مع مثل هذه المواد.

وأن جوهر هذه الآلية هو قانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية الصادر بالمرسوم السلطاني رقم ٩٩/١٧ وتعديلاته والقرار الوزاري رقم ٢٠٠١/٩٨ بإصدار اللائحة التنفيذية لقانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية.

ثانياً: الأهداف

١. وضع مبادئ للممارسة الآمنة لإدارة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية في المؤسسات الصحية والصيدلانية الحكومية والخاصة على حد سواء.
٢. تقديم الإرشادات بشأن جميع الجوانب ذات الصلة بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية بما في ذلك طلب وتخزين وإمداد وتسجيل ورصد والتخلص الآمن من مثل هذه المواد.
٣. ضمان وصول المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للمرضى الذين يحتاجون إليها.
٤. ضمان التقيد بقانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية ولائحته التنفيذية والقرارات المنفذة له.

ثالثاً: الجهات المعنية بتطبيق الآلية

١. المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة.
٢. الصيدليات ومستودعات الأدوية في المؤسسات الصحية
٣. المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية

رابعاً: مخزون المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

- ١- يجب على كل مؤسسة ان يكون لديها قائمتها الخاصة المعتمدة من مخزون المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية وفقاً لاستخدامها.
- ٢- يجب أن تخضع القائمة المعتمدة لمراجعة سنوية وأن يتم تعديلها في حالة الحاجة إلى ذلك.

خامساً: إستيراد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

- ١- يجب على المؤسسات الصحية والصيدلانية التي تتعامل مع المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الحصول على ترخيص من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية (الجهة الإدارية) وفقاً للملحق رقم (١ و ٢).
- ٢- يجب على كل مؤسسة أن تقدم إلى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية تقدير سنوي عن الكميات المطلوبة من المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية قبل نهاية شهر مارس من كل عام وفقاً للملحق رقم (٣).
- ٣- يجب الحصول على موافقة المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية عند إحداث أي تعديلات أو إضافة كميات من المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في تقديرات المؤسسة.
- ٤- يجب على كل مؤسسة صحية حكومية أن تقدم طلب إستيراد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية للجهة الإدارية.
- ٥- يجب على كل مؤسسة صحية خاصة أن تقدم طلب إستيراد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية للجهة الإدارية عن طريق أحد مستودعات الأدوية المرخصة بالاتجار بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بالسلطنة.

سادساً: تخزين المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

٦ أ. في مستودع الأدوية/ الصيدلية

- ٦ أ-١ يجب أن يتم تخزين المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في خزانة مغلقة بمفتاح أو رقم سري أو تخزينها في غرفة مخصصة لذلك.
- ٦ أ-٢ يجب أن تكون الخزانة المغلقة مصنوعة من الفولاذ وموضوعه في مكان ثابت (يفضل وجود نظام إنذار).
- ٦ أ-٣ يجب أن تكون مفاتيح الخزانة أو الرقم السري أو مفاتيح الغرفة تحت عهدة الصيدلي المسؤول أو من ينوب عنه.

٦-أ-٤ يجب أن تكون الخزانة المقفلة أو الغرفة المخصصة مغلقة عند عدم الاستخدام وأن تحفظ مفاتيحها في مكان آمن.

٦-أ-٥ يجب ان تستخدم الخزانة المقفلة لتخزين المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية فقط.

٦-أ-٦ يجب أن لا يسمح باستخدام أو دخول الغرفة المخصصة لحفظ المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية لغير المصرح لهم بذلك.

٦-أ-٧ يجب وضع ميزان حرارة لمراقبة درجة حرارة الخزانة المقفلة أو الغرفة المخصصة لحفظ المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

٦-أ-٨ يجب تطبيق نظام الإستلام والتسليم للمفاتيح الخاصة بالخزانة المقفلة أو الغرفة المخصصة وفقا للملحق رقم (٤).

٦-أ-٩ يجب حفظ سجلات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في مكان آمن ومنفصل عن خزانة حفظ المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

٦.ب. في الأجنحة /الأقسام/العيادات الخارجية

٦-ب-١ يجب أن يتم تخزين المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية داخل خزانة معدنية مقفلة (يفضل وجود نظام إنذار).

٦-ب-٢ يجب أن تكون الخزانة مغلقة عند عدم الاستخدام وأن تحفظ مفاتيحها في مكان آمن.

٦-ب-٣ يجب أن تكون مفاتيح الخزانة تحت عهدة الممرض المسؤول أو نائبه.

٦-ب-٤ يجب أن تستخدم الخزانة المقفلة لتخزين المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية فقط.

٦-ب-٥ يجب تطبيق نظام الإستلام والتسليم للمفاتيح الخاصة بالخزانة المقفلة وفقا للملحق رقم (٤).

٦-ب-٦ يجب حفظ سجلات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في مكان آمن ومنفصل عن خزانة حفظ المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

سابعا: التعامل مع فقدان المفاتيح:

يجب على كل مؤسسة وضع آلية داخلية مكتوبة لكيفية التعامل مع فقدان مفاتيح الخزانة المقفلة أو الغرفة المخصصة للاحتفاظ بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية وكذلك كيفية التعامل في حالة نسيان الرقم السري.

ثامنا: إمداد المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

٨ أ: من مستودع الأدوية أو الصيدلية إلى الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية:

٨-أ ١ يجب طلب المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية من قبل الممرض المسؤول عن الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية وإعتماده من قبل رئيس قسم التمريض أو نائبه في إستمارة طلب المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية ملحق رقم (٥).

٨-أ ٢ يجب أخذ إستمارة الطلب إلى مستودع الأدوية أو الصيدلية من قبل أحد ممرضي القسم.

٨-أ ٣ يجب على الصيدلي المسؤول عن مستودع الأدوية أو الصيدلية أو نائبه التأكد من إستيفاء إستمارة الطلب وصرف المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

٨-أ ٤ يجب على الممرض التأكد من كمية وحالة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية المستلمة والتوقيع مع الصيدلي على إستمارة الطلب.

٨-أ ٥ يجب الإحتفاظ بالنسخة الأصلية من إستمارة الطلب في مستودع الأدوية أو الصيدلية، والإحتفاظ بنسخة من الطلب في الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية.

٨-أ ٦ يجب على الصيدلي المسؤول عن مستودع الأدوية أو الصيدلية تسجيل الطلب في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية (ملحق رقم ٦ و ٧) في نفس يوم المعاملة.

٨-أ ٧ في حالة إدخال الأنظمة الإلكترونية لطلبات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية فإنها لا تلغي وجود وصفات وسجلات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية، ويجب أن تتوفر في البرنامج الشروط التالية:

١. أن يكون للمصرح لهم بالتعامل بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية كلمات سرية خاصة بهم.
٢. لا بد من وجود خاصية معرفة المستخدم.
٣. لا يمكن أن يتم تغيير البيانات المدخلة.

٤. وجود خاصية إسترجاع البيانات المحفوظة.

٨ ب- بين المستودعات المركزية والاقليمية لنفس المؤسسة الصحية الحكومية:

يجب على كل مؤسسة وضع آلية داخلية مكتوبة ومحددة لكيفية التعامل في إمداد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بين المستودعات المركزية والاقليمية لنفس المؤسسة على أن تتضمن الفصول التالية:

١- الطلب

٢- الإستلام

٣- النقل

٤- التخزين

٥- الصرف

تاسعا : إعطاء المواد المخدرة والمؤثرات العقلية لمرضى الاجنحة أو الاقسام أو العيادات الخارجية

١- عند إستلام المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية من قبل الممرض يجب تسليمها الى عمدة الممرض المسؤول.

٢- يجب على الممرض المسؤول:

أ- التأكد من أن كمية وحالة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية المستلمة مطابقة لما هو مذكور في إستمارة الطلب.

ب- وضع المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في الخزانة المقفلة المخصصة لذلك.

ج- قيد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية المستلمة في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بالجناح أو القسم أو العيادة الخارجية (ملحق رقم ٨ و ٩) والتأكد من أن الكميات المسجلة متطابقة مع المخزون الفعلي.

٣- يجب أن يتم صرف المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية بوصفة طبية صحيحة.

٤- يجب على الممرض المعني بإعطاء الجرعة التحقق من أن وصفة المادة المخدرة أو المؤثرالعقلي مناسبة و مكتوبة بشكل واضح.

٥- يجب أن يتم إعداد وإعطاء المادة المخدرة أو المؤثر العقلي للمريض بوجود ممرض شاهد، والذي عليه التأكد من :-

أ. اسم المريض.

ب. اسم الدواء

ج. الجرعة والقوة والشكل الصيدلاني.

د. تاريخ انتهاء صلاحية الدواء.

٦- يجب على الممرض المعني بإعطاء الجرعة أن يقوم بتسجيل بيانات الجرعة المعطاة في سجل المواد المخدرة أو

المؤثرات العقلية بوجود الممرض الشاهد الذي عليه أن يتأكد من:

أ. توافق المخزون الفعلي مع ما هو في السجل.

ب. إعادة الكمية المتبقية إلى خزانة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية وإغلاقها أو التخلص من

الكمية المتبقية حسب إجراءات التعامل مع الكميات المتبقية من المواد المخدرة أو

المؤثرات العقلية .

٧- يجب على الممرض المعني بإعطاء الجرعة التوقيع في خانة "given by" والممرض الشاهد التوقيع على خانة

"witnessed by" في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الخاص بالجناح أو القسم أو العيادة الخارجية.

٨- يجب على الممرض المعني بإعطاء الجرعة التوقيع في ملف المريض.

٩- يتم وقف العلاج بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية عن طريق الطبيب المعالج وتوثق بالإسم والتاريخ

والتوقيع.

١٠- يمنع إعطاء جرعات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بناء على تعليمات لفظية.

عاشرا: وصف وصرف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

١٠-١ شروط عامة:

١٠-١- لايجوز للصيدلي المسؤول صرف أي مادة مخدرة أو مؤثر عقلي إلا بموجب وصفة طبية من طبيب

مرخص له بمزاولة المهنة بالسلطنة.

١٠-٢- يجوز للأطباء المرخص لهم بمزاولة مهنة الطب أن يحوزوا في عياداتهم الخاصة: خمس أمبولات مورفين

وخمس أمبولات ديازيبام وذلك لإستعمالها لعلاج المرضى داخل العيادة عند الضرورة و خارجها في الحالات

الطارئة وأن يقيد كل ما ورد وما صرف في سجل خاص مرقم الصفحات و مختوم المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية مع بيانات الوصفة الطبية وخاصة إسم المريض وعنوانه.

١٠-٣ يجب على الطبيب عدم التوقيع على أي وصفة طبية فارغة.

١٠-٤ يحظر على الطبيب تحت أي ظرف أن يحرر لنفسه وصفة طبية بأية كمية من المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.

١٠-٥ يجب الاحتفاظ بدفاتر وصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في مكان آمن.

١٠-٦ يجب على الصيدلي المسؤول عن الصيدلية أو مستودع الأدوية الاحتفاظ بوصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية لمدة ثلاث سنوات من تاريخ صدورهما مع وضع آلية داخلية للتخلص من وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية.

١٠-ب- شروط الوصفة:

١٠-ب-١ يجب على المؤسسات الصحية الحكومية أن تحرر الوصفات الطبية التي تحتوي على مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية على النموذج الخاص المعد من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية (مرفق رقم ١٠ و ١١ و ١٢ و ١٣), مستخرج من دفتر مرقم الصفحات و مختوم من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.

١٠-ب-٢ يجب على المؤسسات الصحية الخاصة المرخص لها بالتعامل مع المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية أن تحرر الوصفات الطبية التي تحتوي على مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية على النموذج الخاص المعد والمطبوع من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية (مرفق رقم ١٤ و ١٥ و ١٦ و ١٧) ومستخرج من دفتر مرقم الصفحات و مختوم من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.

١٠-ب-٣ أن تكون الوصفة الطبية محررة بمداد سائل (اسود أو أزرق) غير قابل للمحو موقعة ومختومة من قبل الطبيب المعالج.

١٠-ب-٤ أن تتضمن الوصفة الطبية إسم المريض وعمره وعنوانه وطريقة الاستعمال والجرعة المقررة وشكلها الصيدلاني.

١٠-ب-٥ أن تبين كمية المادة المخدرة أو المؤثر العقلي بالرقم والكتابة.

١٠-ب-٦ ألا يمضي على تحريرها أكثر من ثلاثة أيام.

١٠ ج- لون وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية:

لون الوصفة	الوصفة
الوردي من المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة	المواد المخدرة
الأخضر من المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة	المؤثرات العقلية

١٠ د- وصفات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية للمرضى المنومين:

- ١٠ د-١ يجب على الأطباء العاملين في المؤسسات الصحية الخاصة الحصول على ترخيص بالتعامل بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية من المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.
- ١٠ د-٢ يجب أن لا تحتوي الوصفة على أكثر من مادة مخدرة أو مؤثر عقلي واحد لكل وصفة طبية.
- ١٠ د-٣ في حالة إيقاف وصفة مادة مخدرة أو مؤثر عقلي من قبل الطبيب المعالج ، يجب ان يذكر ذلك في الوصفة لمنع استخدامها مرة أخرى وتوثيق ذلك في ملف المريض.
- ١٠ د-٤ يجب ادخال جميع الوصفات في سجل المواد المخدرة او المؤثرات العقلية في الجناح أو الوحدة.

١٠ هـ- وصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية للعيادات الخارجية والمرضى المرخصين:

- ١٠ هـ-١ يجب على الطبيب المرخص استخدام وصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية لوصف مادة مخدرة أو مؤثر عقلي لمرضاهم.
- ١٠ هـ-٢ يجب أن تقيد طلبات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في ملف المريض الطبي.
- ١٠ هـ-٣ يجب تسليم الأدوية لأحد أفراد أسرة المريض عندما يكون هناك شك بأن المريض يسيء استخدام المادة المخدرة أو المؤثر العقلي .
- ١٠ هـ-٤ يجب أن يتم التصديق على وصفة المادة المخدرة أو المؤثر العقلي من قبل الصيدلي المسؤول عن الصرف (تاريخ واسم وتوقيع الصيدلي وختم الصيدلية والكمية المصروفة).
- ١٠ هـ-٥ يجب أن لا يتم صرف الأدوية المخدرة أو المؤثرات العقلية التي تأتي على شكل حقن لمرضى العيادات الخارجية والمرخصين.

١٠-هـ يجب قيد وصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في سجل المواد المخدرة او المؤثرات العقلية في الصيدلية أو مستودع الأدوية بعد صرفها.

١٠ و- وصفات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الملغاة أو المفقودة أو المسروقة:

١-و٩ في حالة إلغاء وصفة مادة مخدرة أو مؤثر عقلي من قبل الطبيب المعالج فيجب عليه إعادتها إلى دفتر الوصفات الأصلي الذي يجب إعادته إلى الصيدلية أو مستودع الأدوية عند تغيير دفتر الوصفات.

٢-و٩ يجب أن يتم الإبلاغ فوراً عن وصفات المواد المخدرة و المؤثرات العقلية المفقودة أو المسروقة وذلك بتعبئة إستمارة تقرير سرقة أو فقدان وصفات مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية ملحق رقم (١٨) وإرساله الى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية خلال (٤٨) ساعة.

الحادي عشر : إستعارة المواد المخدرة و المؤثرات العقلية داخل المؤسسة الصحية

١- يمكن إستعارة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بين الأجنحة و الأقسام و العيادات الخارجية خارج ساعات الدوام الرسمي في الحالات الطارئة فقط على أن يتم إعادتها في اليوم التالي أثناء الدوام الرسمي .

٢- يجب على الممرض المسؤول ان يخطر مسؤول التمريض بالجناح أو القسم أو العيادة الخارجية عن الحاجة للإستعارة لأخذ موافقته.

٣- يجب على الممرض المسؤول تقديم إستمارة طلب مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية "CD Requisition Form" وإرفاق سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الخاص بالجناح أو القسم أو العيادة الخارجية إلى مسؤول التمريض في الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية المراد الإستعارة منه.

٤- عند إصدار المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية من قبل الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية الذي تم الإستعارة منه، يجب على الممرض المسؤول عن الجناح أو القسم أو العيادة المستعير والمستعار منه قيد المواد المخدرة المؤثرات العقلية في السجلات الخاصة بتلك المواد.

٥- يجب إبلاغ الصيدلي المسؤول عن الصيدلية أو مستودع الأدوية عن عملية الإستعارة في اليوم التالي.

الثاني عشر: تبادل المواد المخدرة والمؤثرات العقلية بين المؤسسات الصحية الحكومية أو الخاصة

- ١- تقدم الجهة الطالبة للمادة المخدرة أو المؤثر العقلي طلبا إلى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية موضحا بها بيانات وافية عن المادة المطلوبة ومبررات التبادل، وموافقة الجهة المطلوب إليها.
- ٢- تقوم المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية بدراسة الطلب والرد على الجهة الطالبة بالموافقة من عدمه، وفي حالة موافقتها عليه، تبلغ الجهتين الطالبة والمطلوب إليها لإتمام عملية التبادل.
- ٣- على كل من الجهتين الطالبة والمطلوب منها أن تقيد في سجل تبادل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية (ملحق رقم ١٩) محل التبادل و إبلاغ المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية بإتمام عملية التبادل و التسجيل .

الثالث عشر: إجراءات إستلام وتسليم المواد المخدرة والمؤثرات العقلية بين المناوبات

- ١- على الصيدلي أو الممرض المسؤول عن المناوبة والصيدلي أو الممرض المسؤول المنتهية مناوبته التحقق من ان المخزون الفعلي مطابق لما هو مدرج في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية ومن ثم التوقيع على إستمارة إستلام المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية (CD Endorsement Sheet) (الملحق ٢٠ والملحق ٢١).
- ٢- يكون الصيدلي المسؤول أو الممرض المسؤول عن المناوبة مسؤول مسؤولية كاملة عن حفظ المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الموجود في خزانة المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية وكذلك عن مفتاح الخزانة لحين موعد المناوبة القادمة.

الرابع عشر: التبليغ عن حوادث المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

في حالة الكسر العرضي، أو فقدان أو التسرب أو العثور على كسري الحاوية الأصلية لمادة مخدرة أو مؤثر عقلي يجب إتباع مايلي:

١. يجب على الموظف المعني بالحادثة والشاهد والممرض المسؤول ورئيس قسم التمريض تعبئة تقرير حادثة (Incident Report) (الملحق ٢٢).
٢. يجب تسليم التقرير مع العينات ، إن وجدت، في أسرع وقت ممكن (خلال ٤٨ ساعة) إلى الصيدلي المسؤول.

٣. يجب على الصيدلي المسؤول إرسال تقرير التحقيق مع العينات ، إن وجدت، إلى مدير المستشفى، الذي يجب عليه إرسال نسخة من التقرير إلى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.

الخامس عشر : التعامل مع الكميات المتبقية من المواد المخدرة والمؤثرات العقلية داخل الاجنحة أو الأقسام أو العيادات الخارجية

يتم التخلص من الكميات المتبقية في أمبولات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية كما يلي:

١. يقوم الممرض المعني بالتخلص من الكميات المتبقية بحضور ممرض شاهد.
٢. يتم التخلص من الكميات المتبقية في مغسلة الجناح أو القسم أو العيادة الخارجية .
٣. يقوم الممرض المعني بتدوين ذلك في عمود " الملاحظات " في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الخاص بالجناح أو القسم أو العيادة الخارجية بجانب اسم المريض ، وتوثيق ذلك بكتابة اسمه وأسم الممرض الشاهد وتوقيعهم.

السادس عشر: المواد المخدرة والمؤثرات العقلية منتهية الصلاحية

١٥ أ: في الأجنحة أو الأقسام أو العيادات الخارجية:

- ١٥ أ-١ يقوم الممرض المسؤول بتسليم المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية منتهية الصلاحية إلى الصيدلي المسؤول وتدوين ذلك في سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية.
- ١٥ أ-٢ يقوم الصيدلي المسؤول عن الصيدلية أو عن مستودع الأدوية بإرسال قوائم الكترونية بجميع المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية منتهية الصلاحية والوزن الإجمالي للكميات بالكيلوغرام على البريد الإلكتروني التابع للمديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية (mohphar@omantel.net.om) والتي بدورها تقوم بتحديد موعد لتسليم الكميات للمديرية والتنسيق مع الجهات المختصة بالاتلاف واستكمال الإجراءات وتعبئة النموذج الخاص لاتمام عملية الاتلاف. (مرفق ٢٣).

١٥ب: فى الصيدليات أو مستودعات الأدوية:

١٥ ب-١ يقوم الصيدلي المسؤول عن الصيدلية أو عن مستودع الأدوية بتدوين المواد المخدرة والمؤثرات العقلية منتهية الصلاحية فى السجل الخاص بها.

١٥ ب-٢ يتم إرسال قوائم الكترونية بجميع المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية منتهية الصلاحية والوزن الإجمالي للكميات بالكيلوغرام إلى البريد الإلكتروني التابع للمديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية (mohphar@omantel.net.om) والتي بدورها تقوم بتحديد موعد لتسليم الكميات بالمديرية والتنسيق مع الجهات المختصة واستكمال الإجراءات وتعبئة النموذج الخاص لاتمام عملية الإتلاف. (مرفق ٢٣)

السابع عشر: المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المسترجعة من قبل المرضى

١- يجب إعلام المرضى الحائزين لمواد مخدرة أو مؤثرات عقلية لأسباب صحية فى المؤسسات الصحية الحكومية أن يردوها فى حالة عدم إستعمالها أو يردوا الجزء المتبقى منها دون إستعمال إلى الصيدلية أو مستودعات الأدوية التي تم صرف الدواء منها. ويجب إدخالها فى سجل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية المسترجعة من قبل المرضى (مرفق رقم ٢٤).

٢- يجب إعلام المرضى الحائزين لمواد مخدرة أو مؤثرات عقلية لأسباب صحية فى المستشفيات والعيادات الخاصة المرخص بها أن يردوها فى حالة عدم إستعمالها أو يردوا الجزء المتبقى منها دون إستعمالها إلى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.

الثامن عشر: سجلات المواد المخدرة والمؤثرات العقلية

١- يجب على كل مؤسسة صحية تتعامل بالمواد المخدرة أو المؤثرات العقلية الاحتفاظ بسجلين منفصلين: أحدهما للمواد المخدرة والأخر للمؤثرات العقلية.

٢- يجب أن يكون محتوى السجل مطابقا لما هو منصوص عليه فى قانون مكافحة المخدرات والمؤثرات العقلية.

٣- يجب أن تكون جميع السجلات مختومة من قبل المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية.

٤- يكون الإحتفاظ بالسجلات لمدة خمس سنوات من تاريخ أخرقيد تم فيه.

٥- يجب على كل مؤسسة وضع آلية داخلية للتخلص من سجلات المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية بعد مرور خمس سنوات من الإحتفاظ بها.

٦- يجب مراعاة التعليمات التالية أثناء قيد المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في السجلات الخاصة بها كمايلي:

- أ- أن يتم إدخال البيانات في السجل حسب التسلسل الزمني.
- ب- إستخدام جزء منفصل من السجل لكل دواء وقوته.
- ج- تحديد اسم المادة المخدرة او المؤثرالعقلي على رأس كل صفحة.
- د- يتم تقييد الكميات المستلمة من المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية في السجل بقلم حبر أحمر.
- هـ- استخدام قلم الحبر (الأزرق أو الأسود) في إدخال البيانات.
- و- أن يتم إدخال البيانات الخاصة بالصرف او الكميات المستلمة في نفس اليوم .
- ز- أن لا تمحى أو تصحح البيانات المدخلة في السجل في حالة وجود خطأ ، وإنما يكتفى بوضع خط عليها وموثق بالتوقيع ، مع إعادة تدوين البيانات الصحيحة في السطر التالي.
- ط- عدم استخدام السجل في اي اغراض أخرى.
- ي- إبقاء السجل في المنطقة التي يرتبط بها وينبغي أن يكون هناك سجل منفصل لكل منطقة.
- ك- الحفاظ على السجلات جاهزة للتفتيش في أي وقت.

التاسع عشر: مراقبة المواد المخدرة و المؤثرات العقلية

١- يجب على الصيدلي المسؤول في المؤسسات الصحية الحكومية والخاصة مراقبة ومراجعة استهلاك المواد المخدرة و المؤثرات العقلية مرة في الشهر على الأقل.

إستمارة طلب ترخيص مواد مخدرة ومؤثرات عقلية	ملحق رقم (١)
المستندات المطلوبة للحصول على ترخيص بالإتجار والتعامل بالمواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٢)
التقدير السنوي لطلب المواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٣)
سجل إستلام وتسليم مفاتيح خزانة وغرفة المواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٤)
استمارة طلب المواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٥)
سجل المواد المخدرة	ملحق رقم (٦)
سجل المؤثرات العقلية	ملحق رقم (٧)
سجل المواد المخدرة بالأجنحة والأقسام والعيادات الخارجية.	ملحق رقم (٨)
سجل المؤثرات العقلية بالأجنحة والأقسام والعيادات الخارجية.	ملحق رقم (٩)
نموذج وصفات المواد المخدرة للمرضى المنومين في المؤسسات الصحية الحكومية	ملحق رقم (١٠)
نموذج وصفات المؤثرات العقلية للمرضى المنومين في المؤسسات الصحية الحكومية	ملحق رقم (١١)
نموذج وصفات المواد المخدرة للمرضى المرخصين في المؤسسات الصحية الحكومية	ملحق رقم (١٢)
نموذج وصفات المؤثرات العقلية للمرضى المرخصين في المؤسسات الصحية الحكومية	ملحق رقم (١٣)
نموذج وصفات المواد المخدرة للمرضى المنومين في المؤسسات الصحية الخاصة	ملحق رقم (١٤)
نموذج وصفات المؤثرات العقلية للمرضى المنومين في المؤسسات الصحية الخاصة	ملحق رقم (١٥)
نموذج وصفات المواد المخدرة للمرضى المرخصين في المؤسسات الصحية الخاصة	ملحق رقم (١٦)
نموذج وصفات المؤثرات العقلية للمرضى المرخصين في المؤسسات الصحية الخاصة	ملحق رقم (١٧)
إستمارة تقرير سرقة أو فقدان وصفات مواد مخدرة أو مؤثرات عقلية	ملحق رقم (١٨)
سجل تبادل المواد المخدرة أو المؤثرات العقلية	ملحق رقم (١٩)
إستمارة إقرار إستلام المواد المخدرة	ملحق رقم (٢٠)
إستمارة إقرار إستلام المؤثرات العقلية	ملحق رقم (٢١)
إستمارة تقرير حادثة عن المواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٢٢)
استمارة إتمام عملية إتلاف المواد المخدرة والمؤثرات العقلية	ملحق رقم (٢٣)
المواد المخدرة والمؤثرات العقلية المسترجعة من قبل المرضى	ملحق رقم (٢٤)

إستمارة طلب ترخيص
License Application Form

Sultanate of Oman	سلطنة عمان
Ministry of Health	وزارة الصحة
Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control Drug Department	المديرية العامة للصيدلة و الرقابة الدوائية
Application for License to:	طلب ترخيص بـ:
Cultivate ()	الزراعة ()
Manufacture ()	صنع ()
Production ()	إنتاج ()
Import ()	استيراد ()
Export ()	تصدير ()
Transport ()	نقل ()
Trading ()	التعامل ()
Dealing ()	مواد مخدرة ()
Narcotic Substances ()	مؤثرات عقلية ()
Psychotropic Substances ()	
Name of the institution & Legal status:	اسم الجهة طالبة الترخيص وشكلها القانوني:
Address:	مقر الجهة:
Name of Director of institution:	اسم المدير أو المسئول عن الجهة:
Designation:	الوظيفة:
Date of Birth:	تاريخ الميلاد:
Nationality:	الجنسية:
Address:	العنوان:-
Purpose of Licensing:	الغرض من الترخيص:-
Signature of Director of the institution:	توقيع المدير أو المسئول عن الجهة طالبة الترخيص:
Stamp of the institution:	ختم الجهة طالبة الترخيص:-
Date:-	التاريخ:-

Documents needed to obtain the license for dealing/ trading with Narcotics and Psychotropic Substances

1. The *License Application Form* for Controlled Drugs (should be filled by the director of the institution).
2. Copy of the license issued by the MOH for doctor/ pharmacist.
3. Copy of the license issued by the MOH for the institution.
4. Copy of the labour card or passport for the director of the institution.
5. CLEARANCE Certificate issued by the Royal Oman Police (ROP) for the director of the institution.
6. Undertaking letter by the director that no penalty against him.

Requisition Form

Sr No:

Indent No:

 Requisition for: Narcotic Psychotropic

Sr	Description (Trade & Generic Name)	Dosage Form/ Strength	Quantity Required		Quantity Received		Remarks
			figures	words	Figures	Words	

1. Requested by:
 Name:
 Designation:
 Signature:
 Date:
3. Issued by:
 Name:
 Designation:
 Signature:
 Date:
2. Approved by:
 Name:
 Designation:
 Signature:
 Date:
4. Received by:
 Name:
 Designation:
 Signature:
 Date:

NB: The original copy to be retained in the medical store/ pharmacy & the duplicate in the ward.

سجل المواد المخدرة
Narcotic Drugs Register

Trade Name:

الاسم التجاري:

Generic Name:

الاسم العلمي:

Manufacturer:

المصنع:

Pack Size:

حجم العبوة:

Strength:

التركيز:

Agent/Supplier:

الوكيل/المصدر:

Sr	الكمية المستلمة Quantity received	تاريخ الإستلام Date of Receiving	رقم التشغيل- تاريخ الإنتاج- تاريخ انتهاء الصلاحية Batch No/ Manufacturing & Expiry dates	رقم و تاريخ الفاتورة Invoice No & Date	اسم المريض Patient name	اسم الطبيب و اسم العيادة Doctor & Clinic names	الكمية المصروفة Quantity issued	تاريخ الصرف Date of issue	الرصيد المتبقي Balance stock	ملاحظات Remarks	التوقيع Signature

Quantities to be mentioned in figures as well as words.

Each page of this register must be stamped by DGPA & DC before using it

يجب كتابة الكميات بالأرقام والحروف.

يجب ختم كل صفحة من هذا السجل لدى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية قبل بدأ

إستعماله.

سجل المؤثرات العقلية Psychotropic Substances Register

Trade Name:

الأسم التجاري:

Generic Name:

الأسم العلمي:

Manufacturer:

المصنع:

Pack Size:

حجم العبوة:

Strength:

التركيز:

Agent/ Supplier:

الوكيل/ المصدر:

Sr	الكمية المستلمة Quantity received	تاريخ الإستلام Date of Receiving	رقم التشغيل- تاريخ الإنتاج- تاريخ انتهاء الصلاحية Batch No/ Manufacturing & Expiry dates	رقم و تاريخ الفاتورة Invoice No & Date	اسم المريض Patient name	اسم الطبيب و اسم العيادة Doctor & Clinic names	الكمية المصرفة Quantity issued	تاريخ الصرف Date of issue	الرصيد المتبقي Balance stock	ملاحظات Remarks	التوقيع Signature

Quantities to be mentioned in figures as well as words.

يجب كتابة الكميات بالأرقام والحروف.

Each page of this register must be stamped by DGPA & DC before using it

يجب ختم كل صفحة من هذا السجل لدى المديرية العامة للصيدلة والرقابة الدوائية قبل بدأ

إستعماله.

Name of the Institution	إسم المؤسسة الصحية الحكومية
Address	عنوان المؤسسة
Logo of the Institution	شعار المؤسسة
<u>IN-PATIENT NARCOTIC Rx</u> <u>(Government Sector)</u>	
Sr. No:	
Name of Patient:	Date:
Address :	Time:
Department:	Age:
Name of the ward:	Sex:
Registration No:	Weight:
Rx:	
Prescribed by:	Prescriber Stamp:
Signature:	Date:
Given by:	
Signature:	
Date:	
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	

Name of the Institution	إسم المؤسسة الصحية الحكومية
Address	عنوان المؤسسة
Logo of the Institution	شعار المؤسسة
<u>IN-PATIENT PSYCHOTROPIC Rx</u> <u>(Government Sector)</u>	
Sr. No:	
Name of Patient:	Date:
Address :	Time:
Department:	Age:
Name of the ward:	Sex:
Registration No:	Weight:
Rx:	
Prescribed by:	Prescriber Stamp:
Signature:	Date:
Given by:	
Signature:	
Date:	
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	

Green: dispensing, White: Book Copy

Name of the Institution	إسم المؤسسة الصحية الحكومية
Address	عنوان المؤسسة
Logo of the Institution	شعار المؤسسة
Out-PATIENT NARCOTIC Rx (GOVERNMENT SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Age:
Address:	Sex:
Department:	Weight:
Date:	
Rx	
Prescribed by:	Prescriber Stamp:
Signature:	Date:
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	
For Pharmacy Use Only	
Name of Drug & Strength	Quantity Dispensed
Dispensed by:	Stamp:
Signature:	Pharmacy Stamp
Name of Pharmacy/ Location	

Name of the Institution	إسم المؤسسة الصحية الحكومية
Address	عنوان المؤسسة
Logo of the Institution	شعار المؤسسة
OUT-PATIENT PSYCHTROPIC Rx (GOVERNMENT SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Age:
Address:	Sex:
Department:	Weight:
Date:	
Rx	
Prescribed by:	Prescriber Stamp:
Signature:	Date:
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	
For Pharmacy Use Only	
Name of Drug & Strength	Quantity Dispensed
Dispensed by:	Stamp:
Signature:	Pharmacy Stamp
Name of Pharmacy/ Location	

Green: Dispensing, White: Book Copy

Sultanate of Oman	سلطنة عمان
Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control	وزارة الصحة
Drug Control Department	المديرية العامة للصيدلة و الرقابة الدوائية دائرة الرقابة الدوائية
IN-PATIENT NARCOTIC DRUGS Rx (PRIVATE SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Date:
Address:	Time:
Department:	Age:
Name of the ward:	Sex:
Registration No:	Weight:
Rx:	
Prescribed by:	Stamp:
Signature:	Date:
Given by:	
Signature:	
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	

PINK: dispensing, White: Book Copy

Sultanate of Oman	سلطنة عمان
Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control	وزارة الصحة
Drug Control Department	المديرية العامة للصيدلة و الرقابة الدوائية دائرة الرقابة الدوائية
IN-PATIENT PSYCHOTROPIC Rx (PRIVATE SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Date:
Address:	Time:
Department:	Age:
Name of the ward:	Sex:
Registration No:	Weight:
Rx:	
Prescribed by:	Stamp:
Signature:	Date:
Given by:	
Signature:	
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	

Green: dispensing, White: Book Copy

Sultanate of Oman	سلطنة عمان
Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control	وزارة الصحة
Drug Control Department	المديرية العامة للصيدلة و الرقابة الدوائية دائرة الرقابة الدوائية
Out-PATIENT NARCOTIC DRUGS Rx (PRIVATE SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Age:
Address:	Sex:
Department:	Weight:
Date:	
Rx	
Prescribed by:	Stamp:
Signature:	Date:
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	
For Pharmacy Use Only	
Name of Drug & Strength	Quantity Dispensed
Dispensed by:	Stamp:
Signature:	Pharmacy Stamp
Name of Pharmacy/ Location	

Sultanate of Oman	سلطنة عمان
Directorate General of Pharmaceutical Affairs & Drug Control	وزارة الصحة
Control	المديرية العامة للصيدلة و الرقابة الدوائية
Drug Control Department	دائرة الرقابة الدوائية

OUT-PATIENT PSYCHTROPIC SUBSTANCES Rx (PRIVATE SECTOR)	
Sr. No:	
Name of Patient:	Age:
Address:	Sex:
Department:	Weight:
Date:	
Rx	
Prescribed by:	Stamp:
Signature:	Date:
Stamp of the Hospital/ Polyclinic	
For Pharmacy Use Only	
Name of Drug & Strength	Quantity Dispensed
Dispensed by:	Stamp:
Signature:	Pharmacy Stamp
Name of Pharmacy/ Location	

Green: Dispensing, White: Book Copy

MISSING/ STOLEN CDs PRESCRIPTION REPORT

Report No:

Date:

Name of Health Institution:

Address:

Contact:

Fax:

1. Type of incident: Missing Stolen

2. Full details of the incident:

Date & time of the incident	
Place where the incident occurred (i.e. ward, pharmacy etc...)	
Type of prescription missing/stolen (Tick the appropriate box)	<input type="checkbox"/> Out-patient Narcotic Rx <input type="checkbox"/> Out-patient Psychotropic Rx <input type="checkbox"/> In-patient Narcotic Rx <input type="checkbox"/> In-patient Psychotropic Rx
Serial Numbers of the prescription missing/ stolen	

3. The incident reported by:

4. Name:

5. Designation:

6. Signature:

7. Pharmacist in-charge:

8. Name:

9. Signature:

Institution Stamp

NARCOTIC DRUGS ENDORSMENT SHEET

Ward/ Unit/ Clinic:

Month/ Year:

Register & Physical stocks of all Narcotic Drugs in the ward/ unit/ clinic verified and found to be correct

End of Day shift				End of Night shift			
Date	Time	Signature of incoming in-charge	Signature of Outgoing in-charge	Date	Time	Signature of incoming in-charge	Signature of Outgoing in-charge
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Please Check that Narcotic Drugs Register and Cabinet count are correct at the hand-over

PSYCHTROPIC SUBSTANCES ENDORSMENT SHEET

Ward/ Unit/ Clinic:

Month/ Year:

Register & Physical stocks of all Psychotropic Substances in the ward/ unit/ clinic verified and found to be correct

End of Day shift				End of Night shift			
Date	Time	Signature of incoming in-charge	Signature of Outgoing in-charge	Date	Time	Signature of incoming in-charge	Signature of Outgoing in-charge
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
21							
22							
23							
24							
25							
26							
27							
28							
29							
30							

Please Check that Psychotropic Substances Register and Cabinet count are correct at the Hand-over

CDs Incident Report

Type of CD: Narcotic Psychotropic

Governorate: _____ Report No: _____
 Region: _____
 Health Unit: _____ Date: / / 20
 Unit/Ward: _____

This is to inform that the following CDs had been :

(tick the appropriate box)

1. Damaged accidentally 2. Missing/lost
 3. Found broken in original packing 4. Contents withdrawn but not administered

SR. No	Drug Name	Strength (Wt/volume)	Unit (for ampoule mention size in ml)	Quantity

The incident in details (To be filled by the staff involved)

.....

.....

.....

Staff involved

Name: _____
 Designation: _____
 Signature: _____

Witness

Name: _____
 Designation: _____
 Signature: _____

Patient Sticker

(Mandatory only
for Point 4

Ward/ Unit In-charge

Name: _____
 Designation: _____

NO/ANO

Name: _____
 Signature: _____

Comments of Pharmacy In-charge (if any)

.....

.....

Pharmacist In-charge

Name: _____
 Signature: _____ MOIC signature: _____

Hospital
Stamp

Director/Superintendent of Pharmacy & Medical Stores in Governorates (For MOH & Private pharmacy Establishments)

Name: _____ Signature: _____

DGPA & DC action:

.....

Note: 1. Health Unit in each region should forward the report through the D/S of P& MS.
 2. The Incident Report should be serially numbered.

Narcotic / Psychotropic Substances Waste Disposal Form

Applicant Details	
Name (Agency):-	Address:
Name (Person filling in the form):	Phone:-
Name (Verifier):	
CERTIFICATION: - I hereby declare that the contents of this consignment are fully and accurately described.	
Signature & Stamp:-	Date:-

Containers Details					
	Container No.		Phase L: Liquid, S: Solid, G: Gas	Total Unit Wt.: Kg, Vol:L	Remarks
G E N E R A T O R					
	Grand Total Container No.			Kg L	
M O H	Request No.				
	The delivered containers must be: 1) Opened to check & verify the contents. 2) Repacked before receiving.		Discrepancy, if any: Request No.....		
	Name:-		Signature:-	Date:- / / 20	
I N C I N E R A T O R	Delivered containers received:-	Sr. No.	CERTIFICATION:- I hereby declare that the whole contents of the delivered containers with the following serial numbers have been incinerated: Sr. No.:-		
	Intact, repacked			MOH Officer	Incinerator Officer
	Damaged				
	Name:		Name:		
	Signature:		Signature:		
	Date: / /20		Date: / /20		

Contents of Carton
Carton Number (.....)

Sr. No	Trade Name	Chemical Name	Dosage Form	Strength	Batch No.	Total Quantity

(Filled by)
Name:
Signature & Stamp

(Verified by)
Name:
Signature & Stamp

