**Příloha č. 1: Dotazník k žádosti o udělení akreditace pro vlastní specializovaný výcvik**

**Klinická farmacie**

\* ANO/NE – u těchto kolonek - zaškrtněte zda ANO (máme) či NE (nemáme)

|  |  |
| --- | --- |
| Adresa pracoviště |  |
| Vedoucí pracoviště |  |
| Garant oboru |  |  |  |  |
| Seznam jednotlivých školitelů podílejících se na činnosti pracoviště a pověřených postgraduální výukou, dosažená odbornost (atestace), výše úvazku a roky praxe v oboru | Titul, jméno, příjmení | Odbornost(atestace) + rok získání  | Úvazek | Roky praxe |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
| Pracoviště zajišťuje: |
| systematické komplexní hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů pro minimálně jeden obor ze skupiny interních nebo chirurgických oborů | ano / ne  |
| systematické komplexní hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů pro minimálně jeden obor ze skupiny chirurgických oborů, pro minimálně jeden obor ze skupiny interních oborů a pro minimálně jednu JIP | ano / ne  |
| systematické výběrové hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů pro minimálně jeden obor ze skupiny interních, chirurgických oborů | ano / ne |
| systematické výběrové hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů pro minimálně čtyři obory ze skupiny interních nebo chirurgických oborů | ano / ne |
| konziliární hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů | ano / ne\* |
| optimalizaci farmakoterapie lůžkových oddělení – optimalizací farmakoterapeutických standardů, standardizací a optimalizací ordinace léčiv, edukací zdravotnického personálu | ano / ne\* |
| spolupráci při optimalizaci lékové politiky poskytovatele zdravotních služeb, podílí se na managementu bezpečné farmakoterapie poskytovatele zdravotních služeb | ano / ne\* |
| systematickou farmakovigilanční činnost | ano / ne\* |
| Pracoviště vede Informační systém pro evidenci systematického komplexního hodnocení medikace pacientů, eviduje počet vstupních kontrol medikací, počet opakovaných kontrol medikací, počet farmakoterapeutických doporučení, počet edukací pacientů, počet farmakoterapeutických doporučení propouštěným pacientům | ano / ne\* |
| Pracoviště dokládá smluvní spolupráci s akreditovaným zařízením klinické farmacie II. typu na vybranou problematiku farmakoterapie interních a chirurgických oborů (např.: klinická farmacie v geriatrii, v chirurgii, v klinické onkologii, v paliativní medicíně atd.) a JIP pro interní a chirurgické obory. | ano / ne\* |
| **datum, podpis statutárního orgánu:** |  |

\* pokud ne – uvést proč, např. *„Konziliární hodnocení medikace při optimalizaci farmakoterapie pacientů neprovádíme proto, že pracoviště poskytuje všem oddělením systematickou komplexní péči.“*

**Příloha 2: Seznam výkonů a jejich počet za rok prováděných v zařízení v rámci specializačního oboru**

|  |  |
| --- | --- |
| Výkon | Počet |
| **Názvy oddělení/klinik a počet lůžek standardní péče, kterým je poskytováno**systematické **komplexní** hodnocení medikace pacientů**Názvy oddělení/klinik a počet lůžek standardní péče, kterým je poskytováno**systematické **výběrov**é hodnocení medikace pacientů**Názvy oddělení/klinik a počet lůžek intenzivní péče, kterým je poskytováno**systematické **komplexní** hodnocení medikace pacientů**Názvy oddělení/klinik a počet lůžek intenzivní péče, kterým je poskytováno**systematické **výběrové** hodnocení medikace pacientů**Výkon 05751** Komplexní zhodnocení míry rizikovosti pacienta klinickým farmaceutem(počet výkonů celkem za oddělení/pracoviště klinické farmacie, za období 12 měsíců před podáním žádosti o akreditaci\*) **Výkon 05753** Stanovení plánu racionalizace farmakoterapie klinickým farmaceutem(počet výkonů celkem za oddělení/pracoviště klinické farmacie, za období 12 měsíců před podáním žádosti o akreditaci\*) **Výkon 05755** Ověření účinnosti plánu racionalizace farmakoterapie klinickým farmaceutem(počet výkonů celkem za oddělení/pracoviště klinické farmacie, za období 12 měsíců před podáním žádosti o akreditaci\*) Počet konziliárních hodnocení pro ambulantní pacienty(počet výkonů celkem za oddělení/pracoviště klinické farmacie, za období 12 měsíců před podáním žádosti o akreditaci\*)  |  |

\* pokud není prováděno, uvést důvod proč

**Příloha 3: Strukturovaný profesní životopis školitele/školitelů**

|  |
| --- |
| *Titul, jméno, příjmení**Datum narození**Pregraduální vzdělání**Odborné vzdělání (specializovaná způsobilost, zvláštní odborná způsobilost nebo zvláštní specializovaná způsobilost)**Přehled odborné praxe**Pedagogická činnost či vědecko-výzkumná činnost* |