

Gesuch zur Anerkennung oder Re-Evaluation als Weiterbildungsstätte Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie

- Gesuch zur **Anerkennung** als Weiterbildungsstätte Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie
- Gesuch zur **Re-Evaluation** als Weiterbildungsstätte Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie

Weiterbildungsstätte

Name: _____

Ort: _____

Das Gesuch zur Anerkennung oder Re-Evaluation als Weiterbildungsstätte Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie ist schriftlich in dem dafür vorgesehenen Formular der FPH Spital einzureichen (Art. 4.1.2 und Art. 4.1.3 Fähigkeitsprogramm FPH in klinischer Pharmazie (FP)). Es gelten die Anerkennungskriterien vom Anhang IV, FP.

Dieses Formular Nr 10170002 ist gültig ab 30. Oktober 2016.
Erstellt: 23. September 2016/BU
Genehmigt FPH Spital: Zirkularbeschluss vom 11. Oktober 2016

1 Institution

1.1 Allgemeine Angaben

Institution (z.B. Spital): _____

Bezeichnung Spitalapotheke: _____

Strasse: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Leiter der Spitalapotheke: _____

Stv. Leiter der Spitalapotheke: _____

1.2 Leistungsauftrag und Grösse

Anzahl Betten: _____

Davon

Akut-Betten: _____

Langzeit-Betten: _____

Fachgebiete:

- | | | | | |
|--|--------------------------------------|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Chirurgie | <input type="checkbox"/> Dialyse | <input type="checkbox"/> Geriatrie | <input type="checkbox"/> Gynäkologie und Geburtshilfe | <input type="checkbox"/> Innere Medizin |
| <input type="checkbox"/> Intensivmedizin | <input type="checkbox"/> Neurologie | <input type="checkbox"/> Onkologie | <input type="checkbox"/> Orthopädie | <input type="checkbox"/> Pädiatrie |
| <input type="checkbox"/> Palliative Care | <input type="checkbox"/> Psychiatrie | <input type="checkbox"/> Rehabilitation | <input type="checkbox"/> Transplantationsmedizin | <input type="checkbox"/> Urologie |

Andere: _____

2 Organisation

2.1 Weiterbildungs-Konzept und Finanzierung

Angebot des Fähigkeits-Programms FPH in klinischer Pharmazie:

Falls ja,
seit: _____

Ja

Nein

Angebot des Weiterbildungs-Programms FPH in Spitalpharmazie:

Falls ja,
seit: _____

Ja

Nein

Schriftliches/r Weiterbildungs-Konzept/Plan für das Fähigkeitsprogramm FPH in klinischer Pharmazie vorhanden:

Bitte Weiterbildungs-Konzept/Plan beilegen.

Ja

Nein

Finanzierungs-Garantie der Weiterbildungsstelle vorhanden:

Ja

Nein

Schriftlicher Vertrag zwischen Weiterzubildenden und Spitalapotheke, der die gegenseitigen Bedingungen und Pflichten bezüglich Anstellung und Weiterbildung regelt, vorhanden: Ja Nein
Bitte Vertragsmuster beilegen.

Verantwortlicher Weiterbildner:

Name: _____ Vorname: _____

Fachspezialisierung: _____ Anstellungsgrad: _____

Anerkennung als verantwortlicher Weiterbildner
Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie
vorhanden: Ja Nein Eingereicht am: _____

Weitere betreuende Weiterbildner:

Die Betreuung des Weiterzubildenden wird durch die Anwesenheit und die Einbeziehung eines Teams von Apothekern sichergestellt, die insgesamt mindestens 1 FTE abdecken und den geforderten Kompetenzen für die Betreuung des Fähigkeitsprogramms genügen. Bei der Antragsstellung zur Anerkennung der Weiterbildungsstätte müssen die Apotheker eine entsprechende Berufserfahrung inklusive Fortbildung in den letzten 2 Jahren geltend machen können, die den im FP Art. 2.7 beschriebenen Kriterien entsprechen (Abs. 2 Anhang IV, FP).

Fachspezialisierung	Anzahl	Total Stellen%
Fachapotheker in Spitalpharmazie	_____	_____
Fähigkeitsausweis Klinische Pharmazie	_____	_____
Beide Fachspezialisierungen	_____	_____

Name: _____ Vorname: _____

Fachspezialisierung: _____ Seit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Fachspezialisierung: _____ Seit: _____

Name: _____ Vorname: _____

Fachspezialisierung: _____ Seit: _____

Teilnahme eines in der Weiterbildung involvierten Apothekers an jährlichem Weiterbildner-Meeting: Ja Nein

2.2 Betriebs-Management

Die Spitalapotheke

- ist als eigenständige Abteilung im Organigramm der Institution aufgeführt: Ja Nein
- hat eigenes Organigramm: Ja Nein
Bitte Kopie des Spitalapotheke-Organigramms beilegen.
- bietet einen 24 Stunden-Dienst an: Ja Nein

2.3 Qualitätsmanagement

Qualitätsmanagementsystem in der Apotheke vorhanden: Ja Nein

Falls ja, bitte Kopie des Konzepts und Liste der betroffenen Bereiche beilegen.

Zertifizierung der Spitalapotheke: Ja Nein

Falls ja:

Welche?

Wann?

Falls ja, bitte Kopie des Zertifikats beilegen.

Fehlermanagement-Systeme in der Institution vorhanden: Ja Nein

Falls ja, welche:

2.4 Fortbildungskonzept

Fortbildungskonzept in der Spitalapotheke vorhanden: Ja Nein

Falls ja, bitte Kopie des Fortbildungskonzepts beilegen.

Regelmässige, spitalapothekeninterne Fortbildungsveranstaltungen:

wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Der Besuch von Fortbildungen ist fürs Spitalapotheken-Personal obligatorisch: Ja Nein

3 Einrichtung/Infrastruktur

3.1 Räumlichkeiten

Offizin Lagerräume Produktionsräume Laborräume Büroräume Bibliothek Sitzungszimmer

Weitere Räume:

3.2 Infrastruktur

Arbeitsplatz für Weiterzubildenden vorhanden: Ja Nein

In der Spitalapotheke ist folgende Fachliteratur vorhanden:

Fachbücher Lehrbücher Fachzeitschriften Gesetze und Verordnungen

Zugang zu spitalpharmazeutisch relevanten Datenbanken

Bitte Liste der wichtigsten Fachliteratur inkl. Datenbanken beilegen.

Zugangsberechtigung zu elektronischen Dokumentationen für Weiterzubildenden: Ja Nein

Freien Zugang fürs Spitalapotheken-Team zur Fachbibliothek der Institution: Ja Nein

4 Patientenorientierte Pharmazie und Klinische Dienstleistungen

4.1 Arzneimittel-Information

Die Spitalapotheke ist in der Institution zuständig für:

- Entwicklung, Validierung, Weitergabe und Archivierung von Arzneimittelinformationen aller Art Ja Nein
- Schriftliche und mündliche Beantwortung von pharmazeutischen Fachfragen Ja Nein
- Fortbildungen zu arzneimittelspezifischen Themen für:
 - Ärzte Pflegefachpersonen andere Fachbereiche im Spital
- Pharmakovigilanz Ja Nein

4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Teilnahme an Visiten:

Art	Häufigkeit			
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____

Weitere Interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Art	Häufigkeit			
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____
_____	<input type="checkbox"/> täglich	<input type="checkbox"/> wöchentlich	<input type="checkbox"/> monatlich	andere: _____

Therapeutisches Drug Monitoring: Ja Nein

Weitere interprofessionelle Projekte: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Die Spitalapotheke ist Mitglied in:

- Arzneimittel-Kommission Ja Nein
- anderer Kommission Ja Nein

Falls ja, welche:

Die Spitalapotheke ist Mitglied oder hat aktive Tätigkeiten in folgenden Kommissionen:

- Spitalhygiene sowie Vorbeugung und Kontrolle von Infektionen Ja Nein
- Klinischer Ernährung Ja Nein
- Klinischem Labor Ja Nein
- Medizinprodukte-Bereich Ja Nein
- Sicherheit des Medikamentenkreislaufs Ja Nein
- anderem/n Spezialgebiet/e Ja Nein

Falls ja, welche:

5 Heilmittelbewirtschaftung

5.1 Lagerbewirtschaftung

- IT-gestütztes Lagerbewirtschaftungssystem Ja Nein
- Überwachung des klinikinternen Arzneimittelverbrauchs (Statistiken/Indikatoren) Ja Nein

5.2 Arzneimittel-Selektion

- Mitarbeit bei der Arzneimittel-Evaluation und Selektion Ja Nein
- Kriterien für Arzneimittel-Selektion durch Arzneimittel-Kommission vorhanden: Ja Nein

Falls ja, welche:

- Publikation der klinikinternen Arzneimittel-Liste: Ja Nein

5.3 Stationsapotheken-Betreuung

Stationsapotheken-Betreuung – regelmässige Bewirtschaftung und/oder Kontrolle:

- sporadisch Ja Nein
- regelmässig Ja Nein

Falls regelmässig, wie häufig?

- täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

Andere klinische Tätigkeit auf Pflegestationen: Ja Nein

Falls ja, bitte beschreiben:

Allgemeine Bemerkungen:

Ort/Datum:

Unterschrift
Antragssteller:

Anmerkung:

Das korrekt ausgefüllte Antragsformular inkl. erforderliche Beilagen ist dem Sekretariat FPH Spital per E-Mail: gsasa@gsasa.ch einzureichen.

Die Re-Evaluation der Weiterbildungsstätte erfolgt mindestens alle sieben Jahre sowie bei jedem Wechsel des verantwortlichen Weiterbildners (Art. 4.1.3, FP).

Die benutzten männlichen Formen der Personenbezeichnungen gelten sinngemäss immer auch für Angehörige des weiblichen Geschlechts.

Die Bezeichnung «Fachapotheker in Spitalpharmazie» in diesem Formular gilt für den eidgenössischen oder eidgenössisch anerkannten ausländischen Fachapothekertitel in Spitalpharmazie oder den privatrechtlichen Fachapothekertitel FPH in Spitalpharmazie.

Der deutsche Text ist massgebend.

Index:

Abs.	Absatz
Art.	Artikel
FTE	Vollzeitäquivalent (englisch: full-time equivalent)
FP	Fähigkeitsprogramm FPH in klinischer Pharmazie

Checkliste der Beilagen

- Kopie des Weiterbildungskonzepts/Plan
- Muster von Weiterzubildenden-Vertrag
- Organigramm der Spitalapotheke
- Qualitätsmanagement-Konzept
- Qualitätsmanagement-Zertifikat
- Kopie Fortbildungs-Konzept der Spitalapotheke
- Liste der wichtigsten Fachliteratur und Datenbanken
- Weitere Dokumente:

Weitere Nachweise bei Inspektion bereithalten.