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 FP28 ist gültig ab 01.01.2024

FPH Hôpital/FPH Spital
c/o GSASA
Stationsstrasse 12
3097 Bern-Liebefeld

Phone +41 (0) 848 04 7272
fph@gsasa.ch
www.gsasa.ch
MWST/TVA No CHE-114.515.044

1 Institution

1.1 Allgemeine Angaben

Institution: _____

Bezeichnung Spitalapotheke: _____

Strasse: _____

Postleitzahl, Ort: _____

Telefon: _____

E-Mail: _____

Leiter*in der Spitalapotheke: _____

Stv. Leiter*in der Spitalapotheke: _____

1.2 Leistungsauftrag und Grösse

Anzahl betriebene Betten: _____

Davon

Akut-Betten: _____ Langzeit-Betten: _____ Tagesklinik-Betten: _____

Fachgebiete:

☐ Chirurgie	☐ Dialyse	☐ Geriatrie	☐ Gynäkologie und Geburtshilfe	☐ Innere Medizin
☐ Intensivmedizin	☐ Neurologie	☐ Onkologie	☐ Orthopädie	☐ Pädiatrie
☐ Palliative Care	☐ Psychiatrie	☐ Rehabilitation	☐ Transplantationsmedizin	☐ Urologie

☐ Andere: _____

2 Organisation

2.1 Weiterbildungs-Konzept und Finanzierung

Angebot des Fähigkeits-Programms FPH in klinischer Pharmazie: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, seit: _____

Angebot des Weiterbildungs-Programms in Spitalpharmazie: ☐ Ja ☐ Nein

Falls ja, seit: _____

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

Bitte Weiterbildungs-Konzept und Plan beilegen.

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.

Hauptweiterbildende*r:

Name: Vorname:

Fachspezialisierung: Anstellungsgrad:

Anerkennung als Hauptweiterbildende*r:
Fähigkeitsausweis FPH in klinischer Pharmazie vorhanden: ☐ Ja ☐ Nein

Weitere Weiterbildende:

*Die Betreuung der Weiterzubildenden wird durch die Anwesenheit und die Einbeziehung eines Teams von Apotheker*innen sichergestellt, die insgesamt mindestens ein FTE abdecken und den geforderten Kompetenzen für die Betreuung des Fähigkeitsprogramms genügen. Bei der Antragstellung zur Anerkennung der Weiterbildungsstätte müssen die Apotheke*innen eine entsprechende Berufserfahrung inklusive Fortbildung in den letzten zwei Jahren geltend machen können, die den im Fähigkeitsprogramm Art. 2.6 beschriebenen Kriterien für den Fähigkeitsausweis in klinischer Pharmazie entsprechen (Abs. 2 Anhang IV, FP).*

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

Name: Vorname:

Fachspezialisierung: Seit:

Name: Vorname:

Fachspezialisierung: Seit:

Name: Vorname:

Fachspezialisierung: Seit:

Bisherige Teilnahme an jährlichem Meeting für Weiterbildende:
☐ 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 ☐ Pflegfachpersonen ☐ andere Fachbereiche im Spital
- Pharmakovigilanz ☐ Ja ☐ Nein

4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Teilnahme an Visiten:

Art	Häufigkeit			
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____
_____	☐ täglich	☐ wöchentlich	☐ monatlich	andere: _____

Weitere Interdisziplinäre Zusammenarbeit:

Art	Häufigkeit			
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ monatlich	andere: _____
_____	□ täglich	□ wöchentlich	□ 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*in: _____

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

Die Re-Evaluation der Weiterbildungsstätten FPH erfolgt periodisch mindestens alle sieben Jahre und bei jedem Wechsel des Hauptweiterbildenden (Art. 4.1.3, FP).

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

Der französische 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 und Weiterbildungsplan
- ☐ 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.