

Gesuch zur Anerkennung oder Re-Evaluation als Weiterbildungsstätte in Spitalpharmazie

- Gesuch zur **Anerkennung** als Weiterbildungsstätte in Spitalpharmazie
- Gesuch zur **Re-Evaluation** als Weiterbildungsstätte in Spitalpharmazie

Weiterbildungsstätte

Bezeichnung: _____

Ort: _____

Das Gesuch zur Anerkennung, Re-Evaluation sowie zum Verzicht der Re-Evaluation als Weiterbildungsstätte FPH in Spitalpharmazie ist schriftlich in dem dafür vorgesehenen Formular dem Sekretariat FPH Spital einzureichen (Art. 7.1.1, Weiterbildungsprogramm in Spitalpharmazie (WBP)). Es gelten die im Anhang IV WBP definierten Anerkennungskriterien.

Dieses Formular FP03 ist gültig ab 1. Juli 2023

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: _____

2 Organisation

2.1 Weiterbildungskonzept und –finanzierung

Angebot des Weiterbildungsprogramms in Spitalpharmazie: _____

Ja

Nein

Falls ja,
seit: _____

Anzahl Weiterbildungsstellen: _____

Anzahl Weiterbildungsabsolvent*innen: _____

Schriftlicher Weiterbildungsplan für das Weiterbildungsprogramm
in Spitalpharmazie vorhanden: _____

Ja

Nein

Falls ja, bitte Weiterbildungsplan beilegen.

Finanzierungsgarantie der Weiterbildungsstelle vorhanden: _____

Ja

Nein

Schriftlicher Vertrag zwischen Weiterzubildenden und Spitalapotheke, der die
gegenseitigen Bedingungen, Pflichten und Rechte regelt, vorhanden: _____

Ja

Nein

Falls ja, bitte Vertragsmuster beilegen.

Hauptweiterbildende*r:
Name: _____ Vorname: _____

Fachspezialisierung: _____ Anstellungsgrad: _____

Anerkennung als Hauptweiterbildende*r
in Spitalpharmazie vorhanden: Ja Nein Eingereicht am: _____

Weitere Weiterbildende:

Fachspezialisierung	Anzahl	FTE
---------------------	--------	-----

Fachapotheker*in in Spitalpharmazie	_____	_____
-------------------------------------	-------	-------

Fähigkeitsausweis Klinische Pharmazie	_____	_____
---------------------------------------	-------	-------

Bisherige Teilnahme an jährlichem Meeting für Weiterbildende: Ja Nein

Andere Spezialist*innen: Ja Nein
Falls ja: welche?

Funktion: _____ Beruf: _____

Funktion: _____ Beruf: _____

2.2 Betriebsmanagement

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
- verfügt über Grosshandelsbewilligung: 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.

Fehlermanagementsysteme 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 Laborräume (Analytik) Büroräume Bibliothek Sitzungszimmer

Produktionsräume für sterile Herstellungen nicht-sterile Herstellungen Zytostatika TPN

Weitere Räume:

3.2 Infrastruktur

Arbeitsplatz für Weiterzubildende 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 Weiterzubildende: Ja Nein
 Freien Zugang fürs Spitalapothekenteam 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:
 Ärzt*innen Pflegefachpersonen andere Fachbereiche im Spital
- Pharmakovigilanz Ja Nein

4.2 Interdisziplinäre Zusammenarbeit

Die Spitalapotheke ist Mitglied in:

- | | | |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------------|
| • Arzneimittelkommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Hygienekommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Ethikkommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Qualitätskommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Sicherheitskommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • anderer Kommission | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Falls ja, welche:

Teilnahme an Visiten: regelmässig sporadisch

Falls ja, welche:

Teilnahme an Konsilien: regelmässig sporadisch

Falls ja, welche:

Tätigkeit auf Pflegstationen: regelmässig sporadisch

Falls ja, welche:

Therapeutisches Drug Monitoring: Ja Nein

Weitere interdisziplinäre Tätigkeiten: Ja Nein

Falls ja, welche:

4.3 Mitarbeit in Spitalinformatik-Projekten

- | | | |
|--|-----------------------------|-------------------------------|
| Elektronische Medikamentenverordnung vorhanden: | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Falls ja: Zuständigkeit für Stammdatenverwaltung | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| • Falls nein: Einführung elektronische Medikamentenverordnung geplant | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |
| ○ Falls ja: Mitarbeit bei der Einführung der elektronischen Medikamentenverordnung geplant | <input type="checkbox"/> Ja | <input type="checkbox"/> Nein |

Mitarbeit in anderen Spitalinformatik-Projekten: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

5 Heilmittelbewirtschaftung

5.1 Lagerbewirtschaftung

IT-gestütztes Lagerbewirtschaftungssystem Ja Nein

Beschaffung von

- Arzneimitteln Ja Nein
- Medizinalgasen Ja Nein
- Radiopharmaka Ja Nein
- Antidota (Spezialsortiment) Ja Nein
- Medizinprodukten Ja Nein
- Technischen Produkten Ja Nein
- weiteren Produkten Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Verwendung eines Automatik/Robotiksystems für die Arzneimittel-Distribution Ja Nein

Arzneimittel-Distribution an interne Kund*innen Ja Nein

Arzneimittel-Distribution an externe Kund*innen (Grosshandel) Ja Nein

Überwachung des klinikinternen Arzneimittelverbrauchs (Statistiken/Indikatoren) Ja Nein

Bewirtschaftung von Katastrophenlager Ja Nein

5.2 Arzneimittel-Selektion

Mitarbeit bei der Arzneimittel-Evaluation und Selektion: Ja Nein

Kriterien für Arzneimittel-Selektion durch Arzneimittelkommission vorhanden: Ja Nein

Falls ja, welche: _____

Publikation der klinikinternen Arzneimittelliste: Ja Nein

5.3 Betreuung von Stationsapotheken

Betreuung von Stationsapotheken – regelmässige Bewirtschaftung und/oder Kontrolle:

- sporadisch Ja Nein
- regelmässig Ja Nein

Falls regelmässig, wie häufig?

täglich wöchentlich monatlich vierteljährlich halbjährlich jährlich

6 Pharmazeutische Herstellung

6.1 Herstellung

Herstellungsbewilligung für Spitalapotheke des Domizilkantons vorhanden: Ja Nein
 Herstellungsbewilligung für Spitalapotheke von Swissmedic vorhanden: Ja Nein

Produktionsarten der Spitalapotheke:

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Anzahl Herstellungen	Anzahl Produkte
Nicht-sterile Produktion (Defektur und Serienproduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Sterile Produktion (Defektur und Serienproduktion)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
davon				
• Zytostatika	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• TPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
• weitere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Falls ja, welche: _____				

	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Anzahl Herstellungen	Anzahl Produkte
Rezeptur steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Rezeptur nicht-steril	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____
Klinische Prüfpräparate	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____	_____

Regelmässige Entwicklung von neuen galenischen Formulierungen: Ja Nein
 Lohnherstellung als Auftragnehmer*in: Ja Nein
 Lohnherstellung als Auftraggeber*in: Ja Nein

6.2 Analytik

Analytisches Labor vorhanden: Ja Nein

Durchführung folgender Analysen:	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	Analysen/Jahr
• Identitätskontrollen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Quantitative und qualitative Prüfung von Ausgangsstoffen und/oder Endprodukten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
• Mikrobiologische Prüfung von Ausgangsstoffen und/oder Endprodukten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Ausarbeitung und Validierung von Analysemethoden Ja Nein
 Durchführung von Umgebungskontrollen Ja Nein

7 Spitalapotheken mit eingeschränktem Angebot

Falls in einer Weiterbildungsstätte nicht alle Anforderungen gemäss WBP Anhang IV erfüllt sind, muss ein schriftliches Einverständnis für die fehlenden praktischen Weiterbildungsmodulen mit einer oder mehreren anderen Spitalapotheke vorliegen. Ort und Dauer müssen im Weiterbildungskonzept aufgeführt sein (Anhang IV, WBP).

Handelt es sich dabei um *nicht* anerkannte Weiterbildungsstätten in Spitalpharmazie, muss die/der Hauptweiterbildende einen separaten Antrag zur Anerkennung für die externen Weiterbildungsperioden (siehe entsprechendes Formular auf der GSASA-Webseite www.gsasa.ch) zuhanden der FPH Spital stellen (Anhang V, WBP).

Externe Weiterbildungsperioden: Ja Nein

Falls ja, welche: Weiterbildungsstätte	Dauer	Weiterbildungsziele
a) _____	_____	_____
b) _____	_____	_____

Anerkennung als Weiterbildungsstätte durch FPH Spital vorhanden:

Weiterbildungsstätte a)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	eingereicht am: _____
Weiterbildungsstätte b)	<input type="checkbox"/> Ja	<input type="checkbox"/> Nein	eingereicht am: _____

Schriftliches Einverständnis mit externer/n Weiterbildungsstätte/n vorhanden: Ja Nein
Bitte Einverständnis-Kopie beilegen.

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 Weiterbildungsstätte erfolgt mindestens alle sieben Jahre sowie bei jedem Wechsel des verantwortlichen Weiterbildners (Art. 7.1.1, WBP).

Der deutsche Text ist massgebend.

Index:

Art. Artikel
WBP Weiterbildungsprogramm
FTE Full Time Equivalent

Checkliste der Beilagen

- Kopie des Weiterbildungsplans
- Muster von Vertrag mit Weiterzubildenden
- Organigramm der Spitalapotheke
- Qualitätsmanagement-Konzept
- Qualitätsmanagement-Zertifikat
- Kopie Fortbildungs-Konzept der Spitalapotheke
- Liste der wichtigsten Fachliteratur und Datenbanken
- Kopie des schriftlichen Einverständnisses mit externer Weiterbildungsstätte
- Weitere Dokumente:

Weitere Nachweise bei Inspektion bereithalten.