Resetovať formulár Tlač

ŠTÁTNY ÚSTAV PRE KONTROLU LIEČIV / State institute for Drug control
Sekcia inšpekcie - Oddelenie distribúcie liekov /
Inspection Section - Department of Distribution and Pharmacy
Kvetná 11, 825 08 Bratislava

Oznámenie o úmysle vykonávať očkovanie v rámci lekárenskej starostlivosti

Držiteľ povolenia lekárenskej starostlivosti:

Odborný zástupca:

týmto oznamujem úmysel vykonávať očkovanie v rámci lekárenskej starostlivosti v zariadení na adrese

od

Materiálne a priestorové vybavenie a personálne zabezpečenie pri výkone očkovania

			áno / nie
1		**Materiálne vybavenie diskrétneho priestoru**	
	1.1	pracovný stôl a stolička pre personál lekárne	○ ○
	1.2	stolička pre pacienta umožňujúca polohovanie alebo ležadlo s výškou najmenej 60 cm	○ ○
	1.3	priestorový prvok zabezpečujúci diskrétnosť pacienta	○ ○
	1.4	nádoba na zber nebezpečného odpadu, ktorého zber a zneškodňovanie podlieha osobitným požiadavkám z hľadiska prevencie nákazy	○ ○
	1.5	dezinfekčný roztok určený na povrchy alebo utierky napustené dezinfekčným roztokom určené na dezinfekciu plôch	○ ○
	1.6	dezinfekčný roztok alebo jednorazové tampóny napustené dezinfekčným roztokom určené na použitie na kožu	○ ○
	1.7	jednorazové rukavice	○ ○
	1.8	zdravotnícke pomôcky na sterilné krytie malej rany a fixáciu sterilného krytia	○ ○
2		**Priestorové vybavenie diskrétneho priestoru**	
	2.1	plocha najmenej 4 m^2	○ ○
	2.2	súčasť oficíny, oddelený od ostatných priestorov vhodným spôsobom	○ ○
	2.3	samostatný priestor verejnej lekárne prístupný z oficíny	○ ○
3		**Personálne zabezpečenie**	
	3.1	osoba odborne spôsobilá na očkovanie	○ ○
	3.2	ak áno, osoba odborne spôsobilá na očkovanie má s držiteľom povolenia	uzavretý pracovnoprávny vzťah ○ uzavretú dohodu o pracovnej činnosti ○

Čestne prehlasujem, že všetky uvedené údaje sú pravdivé.

Podpis oznamovateľa / splnomocneného subjektu / *Signature of the notifier / authorized entity:*

Meno a priezvisko / *Name and surname:*

Dátum / *Date:*

○ **Vlastnoručný podpis (listinne)** / *Handwritten signature (paper form)*

○ **Digitálny podpis v tomto PDF** / *Digital signature (within this PDF)*

○ **Podpísané KEP cez ÚPVS** / *Signed by KEP via ÚPVS*