

Blanketten skickas till: Läkemedelsverket
Inspektionsenheten
Box 26
751 03 Uppsala

Anmälan om sjukhusens läkemedelsförsörjning enligt LVFS 2008:9

Anmälan Avser		
Befintlig verksamhet	Ny verksamhet	Förändring av verksamhet

Vårdgivare	
Namn	Organisations- eller personnummer
Anmälningsansvarig person enligt 6b och 6c lagen om handel med läkemedel m.m. Namn	E-postadress
Besöksadress	Telefon
Postnummer	Ort

Sjukhuset –(ens) namn och adress		
Namn		
Besöksadress	Postnummer	Ort
Namn och adress till ytterligare sjukhus bilaga nr		
Beskrivning av sjukhusets inriktning och omfattning av verksamhet		
Bilaga nr.		

Sjukhusapotekets organisation samt organisationsschema	
Namn och organisations- eller personnummer	E-postadress
Besöksadress	Telefon
Postnummer	Ort
Kompetens som sjukhusapoteket disponerar	
Farmaceutisk kompetens individuellt eller gemensamt beskrivet	
Bilaga nr	

Sjukhusapotekets verksamhet	
Startdatum	Eventuella begränsningar i verksamhet ex gällande sortiment
	Ja
	Nej
Beskriv sjukhusapotekets verksamhet inkl vilka tjänster sjukhusapoteket tillhandahåller sjukhuset	
Bilaga nr	

Läkemedelsförsörjningen	
Beskriv hur olika slags läkemedel levereras till sjukhuset. Bilaga nr	
Beskriv hanteringen av läkemedel inom sjukhuset: a) Omlastning b) Förvaring c) Intern distribution Bilaga nr	
Sker extemporetillverkning Ja Bilaga nr Nej	
Plats för kvalitetskontroll *(laboratorium som utför kvalitetskontroll av tillverkade satser och valideringar)	
Laboratoriets namn	Ansvarig person
Besöksadress	Adress

*Ifylles endast om extemporetillverkning sker

Avvikelsehantering m.m.
Rutiner för avvikelsehantering Bilaga nr
Hantering av indragningar och reklamationer av läkemedel Bilaga nr
Rutiner för insamling och destruktion av läkemedel Bilaga nr
Rutiner för beredskaps- och krisplanering avseende läkemedelsförsörjningen Bilaga nr

Övrig information

Den anmälningsansvariges underskrift		
Underskrift	Namnförtydligande	Datum