



ΚΥΠΡΙΑΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ
ΥΠΟΥΡΓΕΙΟ ΥΓΕΙΑΣ

ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΕΣ ΥΠΗΡΕΣΙΕΣ
ΛΕΥΚΩΣΙΑ 1475

Αρ. Φακ.: Φ.Υ 5.13.17 ✓
Αρ. Τηλ.: 22-608680
Αρ. Φαξ.: 22-608793

26 Ιανουαρίου, 2016

Εγκύκλιος

Προς Υπεύθυνους Φαρμακοποιούς
Ιδιωτικών Φαρμακείων

Θέμα: Πρακτική εξάσκηση στη Φαρμακευτική

Αναφέρομαι στο πιο πάνω θέμα και σας πληροφορώ τα ακόλουθα:

Τον Ιούνιο 2016, αναμένεται να ολοκληρώσουν το 4^ο έτος εκπαίδευσής τους οι φοιτητές του Τμήματος της Φαρμακευτικής Ιδιωτικών Πανεπιστημίων Κύπρου και να αρχίσουν την πρακτική τους εξάσκηση.

Βάσει του Περί Φαρμακευτικής και Δηλητηρίων Νόμου (ΚΕΦ.254):
άρθρο 9 (2)(β),

Το Συμβούλιο Φαρμακευτικής δύναται να απαιτήσει όπως πρόσωπο το οποίο υποβάλλει αίτηση εγγραφής και δεν κατέχει δίπλωμα, πιστοποιητικό ή άλλο πανεπιστημιακό ή ισοδύναμο τίτλο που αναφέρεται στο Παράρτημα Ι ή στο άρθρο 9Α:

(β) προσκομίσει αποδείξεις που ικανοποιούν το Συμβούλιο Φαρμακευτικής ότι κατέχει τέτοια πρακτική εξάσκηση στη φαρμακευτική ως το Συμβούλιο Φαρμακευτικής ήθελε κρίνει επαρκή, την οποία απέκτησε είτε στη Δημοκρατία είτε σε κράτος μέλος είτε σε τρίτη χώρα, για περίοδο ενός τουλάχιστον έτους.


Το Συμβούλιο Φαρμακευτικής με απόφαση του δύναται να ρυθμίζει τη διαδικασία και τις απαιτήσεις που αφορούν στην πρακτική εξάσκηση στη φαρμακευτική.

Ο φαρμακοποιός θα έχει υποχρέωση να εκπαιδεύει και να αξιολογεί τον ασκούμενο φοιτητή και να συνεργάζεται με τα πανεπιστημιακά ιδρύματα.

Επιπλέον πρέπει να πληρούνται οι πιο κάτω προϋποθέσεις:

- ο φαρμακοποιός πρέπει να έχει τουλάχιστον τριετή πείρα
- ο φαρμακοποιός δεν έχει κανένα είδος σχέσης με τον ασκούμενο φοιτητή (άμεση συγγένεια, γάμος, οικονομικά συμφέροντα,...)
- κάθε φαρμακοποιός θα εκπαιδεύει μόνο έναν φοιτητή κάθε φορά
- το φαρμακείο διαθέτει κατάλληλο εργαστηριακό εξοπλισμό και τα απαιτούμενα βιβλία (Νομοθεσίες, Εθνικό Συνταγολόγιο ή BNF)

— Παρακαλώ όπως συμπληρώσετε την επισυναπτόμενη δήλωση αν επιθυμείτε να ενταχτείτε στον κατάλογο των φαρμακοποιών- εκπαιδευτών.


Μάρω Πατασήμητρίου
Ανώτερη Φαρμακοποιός
Υπεύθυνη Τομέα Επιθεώρησης
για Διευθυντή Φαρμακευτικών Υπηρεσιών

**ΔΗΛΩΣΗ ΓΙΑ ΤΗΝ ΕΝΤΑΞΗ ΣΤΟΝ ΚΑΤΑΛΟΓΟ ΤΩΝ
ΕΚΠΑΙΔΕΥΤΩΝ ΓΙΑ ΤΗΝ ΠΡΑΚΤΙΚΗ ΕΞΑΣΚΗΣΗ ΣΤΗ
ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗ**

**ΕΙΔΟΠΟΙΗΣΗ ΠΡΟΣ ΤΟΝ ΕΦΟΡΟ ΣΥΜΒΟΥΛΙΟΥ ΦΑΡΜΑΚΕΥΤΙΚΗΣ
1475 ΛΕΥΚΩΣΙΑ**

Επιθυμώ να σας πληροφορήσω ότι επιθυμώ να ενταχτώ στον κατάλογο των
φαρμακοποιών –εκπαιδευτών στα πλαίσια της πρακτικής εξάσκησης στη
Φαρμακευτική.

Όνομα Υπεύθυνου Φαρμακοποιού:

Αριθμός Μητρώου & ημερ. εγγραφής:

Όνομα Φαρμακείου:

Διεύθυνση Φαρμακείου/εταιρείας:

ΤΤ – Δήμος / Χωριό

Τηλέφωνο Οικίας / Κινητό

Ηλεκτρονική διεύθυνση

Ο/Η υπεύθυνος/η φαρμακοποιός:

Υπογραφή.....

Όνομα.....

Ημερομηνία:.....