

Online appendix 1. An Indicator Based Tool for the Assessment of Good Pharmacy Practice

OPL ID: _____ رقم النقاية:

An Indicator Based Tool for the Assessment of Good Pharmacy Practice (GPP) in Community Pharmacies in Lebanon

أداة مبنية على أساس تقييم ممارسات الصيدلة الجيدة في صيدليات المجتمع في لبنان

Dear Participant,

The Lebanese Order of Pharmacists (OPL) is conducting a collaborative study with the American University of Science and Technology (AUST). The purpose of this study is to assess Good Pharmacy Practice (GPP) in community pharmacies in Lebanon. The study will be conducted by means of a self-administered questionnaire to which one pharmacist in every pharmacy will be answering on behalf of the pharmacy's personnel. You are invited to participate in this study by answering to this questionnaire. Your participation is voluntary and anonymous. After completing the questionnaire, please return it to the OPL Officer who will complete an additional few items with your assistance. The entire survey will require around 30-35 minutes. By returning this survey to the OPL Officer, you are providing your verbal approval to participate in this study.

If you have any question or require additional information, please send an email to the project's investigators:

عزيزي المشارك،

تُجري نقابة الصيادلة اللبنانية (OPL) دراسة تعاونية مع الجامعة الأمريكية للعلوم والتكنولوجيا (AUST) الهدف من هذه الدراسة هو تقييم ممارسة الصيدلة الجيدة (GPP) في صيدليات المجتمع في لبنان. سيتم إجراء هذه الدراسة عن طريق استبيان ذاتي يقوم أحد الصيدلانيين في كل صيدلية بالإجابة عليه نيابة عن موظفي الصيدلية. أنت مدعو للمشاركة في هذه الدراسة من خلال الإجابة على هذا الاستبيان. سوف تكون مشاركتك طوعية ومجهولة الهوية. بعد الانتهاء من تعبئة الاستبيان، يُرجى إعادته إلى مسؤول OPL الذي سيقوم بإكمال بعض البنود الإضافية بمساعدتك. يستغرق الاستبيان بأكمله حوالي 30-35 دقيقة. بإعادة هذا الاستبيان إلى موظف OPL، فإنك تُقدم موافقتك الشفهية للمشاركة في هذه الدراسة.

إذا كان لديك أي سؤال أو ترغب بمعلومات إضافية، فيرجى إرسال بريد إلكتروني إلى باحثي المشروع:

Pascale Salameh, PharmD, MPH, PhD.

Chair, Scientific Committee - Lebanese Order of Pharmacists.

pascalesalameh1@hotmail.com

Hala Sacre, PharmD.

Director, Drug Information Center - Lebanese Order of Pharmacists.

dic@opl.org.lb

Danielle Badro, PhD.

Graduate Program Coordinator, Faculty of Health Sciences - American University of Science and Technology.

dbadro@aust.edu.lb

DEMOGRAPHICS AND CHARACTERISTICS OF THE COMMUNITY PHARMACIST

السّمات الديموغرافية ومواصفات صيدليّة المجتمع

| | | | |
|----|---|--|----|
| 1. | Age: _____ | العمر: _____ | 1. |
| 2. | Sex: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F | الجنس: <input type="checkbox"/> ذكر <input type="checkbox"/> أنثى | 2. |
| 3. | Level of education: <input type="checkbox"/> BS Pharmacy <input type="checkbox"/> PharmD <input type="checkbox"/> Masters <input type="checkbox"/> PhD If Masters or PhD, please indicate the specialty: _____ | المستوى التّعليمي <input type="checkbox"/> بكالوريوس في الصيدلة <input type="checkbox"/> دكتوراه في الصيدلة <input type="checkbox"/> ماجستير <input type="checkbox"/> دكتوراه إذا كنت حاصل على درجة الماجستير أو الدكتوراه، فيرجى الإشارة إلى مجال الاختصاص: _____ | 3. |
| 4. | Location of the pharmacy: Mohafaza: _____ Area: _____ | موقع الصيدليّة: المحافظة: _____ المنطقة: _____ | 4. |
| 5. | Demographic area: <input type="checkbox"/> Poor <input type="checkbox"/> Middle Class <input type="checkbox"/> Rich <input type="checkbox"/> Mixed <input type="checkbox"/> Do Not Know | المنطقة الديموغرافية: <input type="checkbox"/> فقيرة <input type="checkbox"/> طبقة متوسّطة <input type="checkbox"/> غنيّة <input type="checkbox"/> مختلطة <input type="checkbox"/> لا أعلم | 5. |
| 6. | Approximate number of patients per day: <input type="checkbox"/> <10 <input type="checkbox"/> 10-50 <input type="checkbox"/> 50-100 <input type="checkbox"/> >100 | العدد التّقرّبيّ للمرضى يوميّاً: 50 - 100 <input type="checkbox"/> 10 < 10 <input type="checkbox"/> 100 > <input type="checkbox"/> | 6. |
| 7. | Years of practice: How long have you worked in this pharmacy? <input type="checkbox"/> Less than 6 months <input type="checkbox"/> 6 months to less than 1 year <input type="checkbox"/> 1 year to less than 3 years <input type="checkbox"/> 3 years to less than 6 years <input type="checkbox"/> 6 years to less than 12 years <input type="checkbox"/> 12 years or more | سنوات الممارسة: منذ متى وأنت تعمل في هذه الصيدليّة؟ <input type="checkbox"/> أقل من 6 أشهر <input type="checkbox"/> من 6 أشهر إلى أقل من سنة <input type="checkbox"/> من سنة إلى أقل من 3 سنوات <input type="checkbox"/> من 3 سنوات إلى أقل من 6 سنوات <input type="checkbox"/> من 6 سنوات إلى أقل من 12 سنة <input type="checkbox"/> 12 سنة أو أكثر | 7. |
| 8. | Typically, how many hours per week do you work in this pharmacy? <input type="checkbox"/> 1 to 16 hours per week <input type="checkbox"/> 17 to 31 hours per week <input type="checkbox"/> 32 to 40 hours per week <input type="checkbox"/> More than 40 hours per week | بشكل عام، كم ساعة في الأسبوع تعمل في هذه الصيدليّة؟ <input type="checkbox"/> من 1 إلى 16 ساعة في الأسبوع <input type="checkbox"/> من 17 إلى 31 ساعة في الأسبوع <input type="checkbox"/> من 32 إلى 40 ساعة في الأسبوع <input type="checkbox"/> أكثر من 40 ساعة في الأسبوع | 8. |
| 9. | What is your position in this pharmacy? Check ONE category that best applies to your job. <input type="checkbox"/> Pharmacy owner <input type="checkbox"/> Staff pharmacist <input type="checkbox"/> Other (Please write your job title): _____ | ما هو منصبك في هذه الصيدليّة؟ إختر فئة واحدة تنطبق بشكل أفضل على وظيفتك. <input type="checkbox"/> صاحب الصيدليّة <input type="checkbox"/> صيدلي موظف <input type="checkbox"/> غير ذلك (يرجى تحديد منصبك الوظيفي): _____ | 9. |

| | | | |
|-----|--|---|-----|
| 10. | What is your family/household income per month? <input type="checkbox"/> <1000 USD <input type="checkbox"/> 1000-2000 USD <input type="checkbox"/> 2000-3000 USD <input type="checkbox"/> > 3000 USD | ما هو دخل أسرتك / سكان بيتك في الشَّهر؟ <input type="checkbox"/> >1000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 1000-2000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> 2000-3000 دولار أمريكي <input type="checkbox"/> <3000 دولار أمريكي | 10. |
| 11. | Number of persons in the family/household living from this income (including you): _____ | عدد أفراد أسرتك / سكان بيتك الذين يعيشون من هذا الدخل (بما في ذلك أنت): _____ | 11. |
| 12. | Number of rooms in the house (apart from kitchen and bathrooms): _____ | عدد الغرف في المنزل (باستثناء المطبخ والحمامات): _____ | 12. |

INDICATOR A: DATA MANAGEMENT AND DATA RECORDING

المؤشِّر أ: إدارة وتسجيل البيانات

| | | | |
|-----------|--|--|-----------|
| A1 | Is the pharmacy equipped with computers/computerized systems? <input type="checkbox"/> No (move to question A4) <input type="checkbox"/> Yes (move to question A2) | هل الصِّيدليَّة مُجَهَّزة بأجهزة كمبيوتر / أنظمة محوسبة؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنقل إلى السؤال 4) <input type="checkbox"/> نعم (إنقل إلى السؤال 2) | 1أ |
| A2 | What are the computers/computerized systems used for? (you can pick more than one answer) <input type="checkbox"/> Stock Management <input type="checkbox"/> FEFO (first expire first out) <input type="checkbox"/> Patient medication profiles <input type="checkbox"/> Labelling <input type="checkbox"/> Patient personal information <input type="checkbox"/> Recording prescriptions of opioids <input type="checkbox"/> Recording prescriptions of benzodiazepines <input type="checkbox"/> Other(s) (please specify): _____ | لماذا تُستخدم أجهزة الكمبيوتر / الأنظمة المحوسبة؟ (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة) <input type="checkbox"/> إدارة المخزون (stock) <input type="checkbox"/> صرف الأدوية أو المواد ذات تاريخ إنتهاء صلاحية سابقة أوَّلاً <input type="checkbox"/> الملف الدوائي للمريض <input type="checkbox"/> وضع لاصقات <input type="checkbox"/> معلومات المريض الشخصية <input type="checkbox"/> تسجيل الوصفات الطبيَّة من المواد الأفيونيَّة <input type="checkbox"/> تسجيل الوصفات الطبيَّة من المُهدِّئات <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرَجَى التَّحديد): _____ | 2أ |
| A3 | Do the computers/computerized systems allow recording: (you can pick more than one answer) <input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Patient name <input type="checkbox"/> Name of prescriber <input type="checkbox"/> Name(s) of drug(s) prescribed <input type="checkbox"/> Other(s) (please specify): _____ | هل تسمح أجهزة الكمبيوتر / الأنظمة المحوسبة بتسجيل: (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة واحدة) <input type="checkbox"/> التَّاريخ <input type="checkbox"/> إسم المريض <input type="checkbox"/> إسم الواصف (الطَّبيب) <input type="checkbox"/> إسم الدواء الموصوف <input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرَجَى التَّحديد): _____ | 3أ |
| A4 | Log books are sometimes used in community pharmacies to handwrite prescription details and keep a record of those prescriptions. The log book | تُستخدم دفاتر السِّجَلات أحياناً في الصِّيدليات المجتمعية لكتابة تفاصيل الوصفات الطبيَّة والحفاظ على سجل هذه الوصفات. يجب أن يَتِم التَّوقيع على دفتر السِّجَل يوميّاً من قبل الصِّيدلي. | 4أ |

| | |
|---|---|
| <p>should be signed daily by the pharmacist. Are log books used in the pharmacy? <input type="checkbox"/> No (move to question A7) <input type="checkbox"/> Yes (move to question A5)</p> | <p>هل تُستخدَم دفاتر السجّلات في الصيدليّة؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال أ7) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال أ5)</p> |
|---|---|

| | | | |
|----|--|---|----|
| A5 | <p>What are the log books used for? (you can pick more than one answer)</p> <p><input type="checkbox"/> Stock Management</p> <p><input type="checkbox"/> FEFO (first expire first out)</p> <p><input type="checkbox"/> Patient medication profiles</p> <p><input type="checkbox"/> Labelling</p> <p><input type="checkbox"/> Patient personal information</p> <p><input type="checkbox"/> Recording prescriptions of opioids</p> <p><input type="checkbox"/> Recording prescriptions of benzodiazepines</p> <p><input type="checkbox"/> Other(s) (please specify): _____</p> | <p>لماذا تُستخدم دفاتر السجلات؟ (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة)</p> <p><input type="checkbox"/> إدارة المخزون</p> <p><input type="checkbox"/> صرف الأدوية أو المواد ذات تاريخ إنتهاء صلاحية سابقة أوّلاً</p> <p><input type="checkbox"/> الملف الدوائي للمريض</p> <p><input type="checkbox"/> وضع لاصقات</p> <p><input type="checkbox"/> معلومات المريض الشخصية</p> <p><input type="checkbox"/> تسجيل الوصفات الطبية من المواد الأفيونية</p> <p><input type="checkbox"/> تسجيل الوصفات الطبية من المُهذّنات</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (يُرَجَى التّحديد): _____</p> | 5أ |
| A6 | <p>Which of the items below are recorded in the log book? (you can pick more than one answer)</p> <p><input type="checkbox"/> Date <input type="checkbox"/> Patient name</p> <p><input type="checkbox"/> Name of prescriber</p> <p><input type="checkbox"/> Name(s) of drug(s) prescribed</p> <p><input type="checkbox"/> Other(s) (specify): _____</p> <p><input type="checkbox"/> None of those details</p> | <p>أي من العناصر التّالية يَتَمّ تدوينها في دفتر السجلّ؟ (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة)</p> <p><input type="checkbox"/> التّاريخ <input type="checkbox"/> إسم المريض</p> <p><input type="checkbox"/> إسم الواصف (الطّبيب)</p> <p><input type="checkbox"/> إسم الدواء الموصوف</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك (حدد): _____</p> <p><input type="checkbox"/> لا شيء من هذه التّفصيل</p> | 6أ |
| A7 | <p>Does the pharmacist keep a copy of prescriptions for non-psychoactive substances?</p> <p><input type="checkbox"/> No (move to question A9)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes as a paper copy (move to question A8)</p> <p><input type="checkbox"/> Yes as a copy scanned on the computer (move to question A8)</p> <p><input type="checkbox"/> Other: _____</p> | <p>هل يحتفظ الصّيدليّ بِنسخة من الوصفات الطّبية للمواد التي لا تحتوي على مؤثّرات عقليّة؟</p> <p><input type="checkbox"/> كلا (إنّقل إلى السؤال 9)</p> <p><input type="checkbox"/> نعم كنسخة ورقية (إنّقل إلى السؤال 8)</p> <p><input type="checkbox"/> نعم كنسخة ممسوحة ضوئياً على الكمبيوتر (إنّقل إلى السؤال 8)</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> | 7أ |
| A8 | <p>If yes, for how long are those copies of prescriptions kept?</p> <p>____ Years ____ Months ____ Days</p> | <p>إذا أُجبت بنعم، فما هي مُدّة الإحتفاظ بهذه النّسخ من الوصفات الطّبية؟</p> <p>____ سنين ____ أشهر ____ أيام</p> | 8أ |

INDICATOR B: SERVICES AND FACILITIES

المؤشّر ب: الخدمات والتسهيلات

| | | | |
|----|--|--|----|
| B1 | <p>What is the total number of the pharmacy's opening hours per week?</p> <p>_____ hours a week.</p> | <p>ما هو العدد الإجماليّ لساعات العمل في الصّيدلية في الأسبوع؟</p> <p>_____ ساعات في الأسبوع</p> | 1ب |
|----|--|--|----|

B2- Indicate in the table below the weekly working hours for each of the qualified staff listed. Use N/A when a listed staff does not work at the pharmacy.

| Staff | Number of working hours per week (hour/week) |
|--|--|
| Pharmacy owner | |
| Full-time pharmacist | |
| Part-time pharmacist | |
| Trained assistant (technicians, nurses...) | |

ب2- يُرَجَى الإشارة في الجدول أدناه إلى ساعات العمل الأسبوعيّة لكل عضو مؤهّل مُدرج في القائمة. إستخدم "لا ينطبق" عند ذكر أي مُوظّف لا يعمل في الصّيديّة.

| عضو | عدد ساعات العمل في الأسبوع (ساعة / أسبوع) |
|--------------------------------------|---|
| مالك الصّيديّة | |
| صيدي مُتفرّغ بدوام كامل | |
| صيدي بدوام جزئيّ | |
| مُساعد مدرب (تقنيّون ومُمرّضون. . .) | |

| | | | |
|----|--|--|----|
| B3 | Is there a licensed pharmacist available at the pharmacy for as long as the pharmacy is open? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يوجد صيدي مُرخص متواجد في الصّيديّة طالما كانت الصّيديّة مفتوحة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | ب3 |
| B4 | Is there a suitable place in the pharmacy to discuss confidential information with patients and customers? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك مكان مناسب في الصّيديّة لمناقشة معلومات سرّيّة/خصوصية مع المرضى والزبائن؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | ب4 |

| | | | |
|------------------|--|--|------------------|
| <p>B5</p> | <p>Over the past twelve months, have you engaged in awareness campaigns about any of the below?</p> <p>Smoking <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Diet and health <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Obesity <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Cancer <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Birth control <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>HIV/AIDS <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Diabetes <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Lifestyle habits <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Antibiotics use and resistance <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Illicit drugs use and abuse <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Sexually transmitted diseases <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Tuberculosis <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Other(s): _____</p> | <p>خلال الإثني عشر شهرًا الماضية، هل شاركت في حملات توعية حول أي من العناصر التالية؟</p> <p>التدخين <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>النظام الغذائي والصحة البدنية <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>السرطان <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>تحديد النسل <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>فيروس نقص المناعة البشرية / الإيدز <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>داء السكري <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>عادات نمط وأسلوب الحياة واستخدام ومقاومة المضادات الحيوية <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>تعاطي المخدرات غير المشروعة وإساءة استعمالها <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>الأمراض المنقولة جنسيًا <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>مرض السل <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم</p> <p>غير ذلك: _____</p> | <p>5ب</p> |
| <p>B6</p> | <p>Are there sources of information available for patients' use?</p> <p><input type="checkbox"/>No (move to Indicator C)</p> <p><input type="checkbox"/>Yes (move to question B7)</p> | <p>هل هناك مصادر للمعلومات متاحة للإستخدام من قبل المرضى؟</p> <p><input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى المؤشر ج)</p> <p><input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال ب7)</p> | <p>6ب</p> |
| <p>B7</p> | <p>What type(s) of information sources are available for patients' use? (you can pick more than one option)</p> <p><input type="checkbox"/> Patient leaflets</p> <p><input type="checkbox"/> Medicine handbooks</p> <p><input type="checkbox"/> Newsletter</p> <p><input type="checkbox"/> Computer printouts</p> <p><input type="checkbox"/> Access to computers</p> <p><input type="checkbox"/> Other(s): _____</p> | <p>ما نوع (أنواع) مصادر المعلومات المتوفرة للإستخدام من قبل المرضى؟ (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة)</p> <p><input type="checkbox"/> منشورات للمرضى</p> <p><input type="checkbox"/> كُتبيات الأدوية</p> <p><input type="checkbox"/> النشرة العلمية/الجريدة</p> <p><input type="checkbox"/> منشورات مطبوعة</p> <p><input type="checkbox"/> إتاحة الوصول إلى أجهزة الكمبيوتر</p> <p><input type="checkbox"/> غير ذلك: _____</p> | <p>7ب</p> |

| | | | |
|------------|--|---|------------|
| B12 | <p>Are the following services available to patients?</p> <p>Vaccination <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Test for cholesterol levels <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Blood pressure checking device <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Pregnancy test <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Glucose level <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Prescription glasses <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>Other <input type="checkbox"/>No <input type="checkbox"/>Yes</p> <p>If other, please specify: _____</p> | <p>هل الخدمات التالية متوفرة للمرضى؟</p> <p>التلقيح <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم فحص مستويات الكوليسترول <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>جهاز فحص ضغط الدم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم <input type="checkbox"/></p> <p>فحص الحمل <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم مستوى الجلوكوز <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>النظارات الطبية <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم أخرى <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/></p> <p>نعم غير ذلك (يُرْجَى التَّحْدِيدُ): _____</p> <p>_____</p> | 12ب |
|------------|--|---|------------|

INDICATOR C: DISPENSING, PREPARATION, ADMINISTRATION AND DISTRIBUTION OF MEDICINES.

المؤشر ج: صرف وتحضير وإدارة وتوزيع الأدوية

| | | | |
|-----------|---|---|-----------|
| C1 | <p>What is the average number of prescriptions (written by a physician) dispensed per day at the pharmacy? _____ prescriptions per day <input type="checkbox"/>I don't know</p> | <p>ما هو مُتَوَسِّط عدد الوصفات الطبيَّة (المكتوبة من قِبَل الطَّبِيب) الَّتِي يَتِمُّ صرفها يومياً في الصَّيدليَّة؟ _____ وصفات طبيَّة يومياً <input type="checkbox"/> لا أعلم</p> | 1ج |
| C2 | <p>In your opinion, and on an average day, how many patients require counseling time with the pharmacist? _____ (please indicate number) <input type="checkbox"/>I don't know</p> | <p>في رأيك، وفي اليوم العادي، ما هو عدد المرضى الَّذِينَ يحتاجون إلى وقت الإستشارة مع الصَّيدلي؟ _____ (يُرْجَى ذكر الرقم) <input type="checkbox"/> لا أعلم</p> | 2ج |
| C3 | <p>Out of 10 (ten) prescriptions you receive, how many do you believe contain prescription mistakes? _____ (please indicate a number) <input type="checkbox"/>I don't know</p> | <p>من بين 10 (عشر) وصفات تتلقاها، كم منها تعتقد أنها تحتوي على أخطاء وصفة طبيَّة؟ _____ (يُرْجَى ذكر الرقم) <input type="checkbox"/> لا أعلم</p> | 3ج |

| | | | |
|----|--|---|----|
| C4 | Have you ever had to call back a patient because the prescription was misunderstood/misread and wrong medication or wrong dosage was dispensed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل سبق لك أن إستدعيت المريض مرة أخرى لأن الوصفة الطبية أسيء فهمها وبالتالي تم صرف الدواء أو العيار الخطأ؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 4ج |
| C5 | Do you dispense drugs without prescription? <input type="checkbox"/> No (move to question C8) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C6) | هل تصرف الأدوية بدون وصفة طبية؟ <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال ج8) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال ج6) | 5ج |
| C6 | What are the drugs you dispense without prescription? (you can choose more than one answer) <input type="checkbox"/> NSAIDs <input type="checkbox"/> Antibiotics <input type="checkbox"/> Steroids <input type="checkbox"/> Hypertension-related medication <input type="checkbox"/> Cardiovascular diseases-related medication <input type="checkbox"/> Benzodiazepines and other anxiolytics <input type="checkbox"/> Gastrointestinal and endocrine medications <input type="checkbox"/> Antipsychotics and antidepressants <input type="checkbox"/> Neurologic diseases medications <input type="checkbox"/> Asthma and COPD medications <input type="checkbox"/> Smoking cessation preparations <input type="checkbox"/> Hormones/oral contraceptives <input type="checkbox"/> Vitamins and supplements <input type="checkbox"/> Cosmetic preparations <input type="checkbox"/> Topical medication | ما هي الأدوية التي تصرفها بدون وصفة طبية؟ (يُمكنك إختيار أكثر من إجابة) <input type="checkbox"/> مُضادّات الإلتهاب غير الستيرويديّة <input type="checkbox"/> مُضادّات حيويّة <input type="checkbox"/> إستيروبيد/ مُنتبّطات <input type="checkbox"/> الأدوية المتعلّقة بارتفاع ضغط الدّم <input type="checkbox"/> الأدوية المتعلّقة بالأمراض القلبية الوعائيّة <input type="checkbox"/> البنزوديازيبينات ومزيلات القلق الأخرى <input type="checkbox"/> الأدوية المتعلّقة بأمراض الجهاز الهضمي وَالعُدّة الصّماء <input type="checkbox"/> مُضادّات الدّهان و مُضادّات الإكتئاب <input type="checkbox"/> أدوية الأمراض العصبيّة <input type="checkbox"/> أدوية الربو ومرض الإنسداد الرئوي المزمن <input type="checkbox"/> التّحضير للإقلاع عن التّدخين <input type="checkbox"/> الهرمونات / حبوب منع الحمل <input type="checkbox"/> الفيتامينات والمُتَمّمات الغذائيّة <input type="checkbox"/> مُستحضرات التّجميل <input type="checkbox"/> الأدوية المُحدّرة الموضعيّة | 6ج |
| C7 | What is the average number of medicines you dispense without prescription <u>per patient encounter</u> ? ____ (please indicate a number) <input type="checkbox"/> I don't know | ما هو مُتوسّط عدد الأدوية التي تصرفها بدون وصفة طبية خلال كل مواجهة مع المريض؟ ____ (يُرَجَى ذكر الرقم) <input type="checkbox"/> لا أعلم | 7ج |
| C8 | Do you practice generic substitution? <input type="checkbox"/> No (move to question C10) <input type="checkbox"/> Yes, when possible (move to question C9) | هل تُتطبق التّبديل بدواء جنيسي للأدوية؟ <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال ج10) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال ج9) | 8ج |

| | | | |
|------------|---|---|------------|
| C9 | When you practice generic substitution, do you explain to patients the purpose of the substitution? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | عند تبديل الدواء بأخر جنيسي، هل تشرح للمرضى الغرض من الإستبدال؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 9ج |
| C10 | Do you believe you are providing the patient with enough information that aim at supporting adherence to treatment? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تعتقد بأنك تُزوّد المريض بالمعلومات الكافية التي تهدف إلى دعم الإلتزام بالعلاج؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 10ج |
| C11 | Do you believe you are providing enough information to the patient that aim at reducing antimicrobial resistance by providing information about the appropriate use of antimicrobial drugs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تعتقد أنك تُقدّم المعلومات الكافية للمريض والتي تهدف إلى تقليل مُقاومة المُضادّات الحيوية وذلك عن طريق توفير معلومات حول الإستخدام المناسب للمُضادّات الحيوية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 11ج |
| C12 | Do you prepare any extemporaneous medicine preparations or medical products at the pharmacy? <input type="checkbox"/> No (move to question C15) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C13) | هل تقوم بتركيب أيّ مُستحضرات دوائية في الصيدليّة؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج15) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج13) | 12ج |
| C13 | Is the area specifically designated for the preparation of extemporaneous medicine preparations or medical products being used for that purpose and that purpose only? <input type="checkbox"/> No (move to question C14) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C14) | هل المكان المخصّص على وجه التّحديد لإعداد مُستحضرات دوائية أو مُنتجات طبيّة يُتم إستخدامه لهذا الغرض وهذا الغرض فقط؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج14) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج14) | 13ج |
| C14 | Do you systematically comply with written formulas and quality standards for raw materials when preparing compound medicines? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تلتزم بشكلٍ منهجيّ بالصّيغ المكتوبة ومعايير الجودة للموادّ الخام عند تحضير الأدوية المركّبة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 14ج |
| C15 | Did you ever have any suspicion that any of the products dispensed or used at the pharmacy is adulterated, unlicensed, spurious/falsely labelled/ falsified/counterfeit? <input type="checkbox"/> No (move to question C17) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C16) | هل سبق لك أن إشتبهت بأن أي من المُنتجات التي تم صرفها أو إستخدامها في الصيدليّة كانت مغشوشة أو غير مرخصّة أو مُزوّرة أو زائفة أو ذات تسمية غير صحيحة؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج17) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج16) | 15ج |
| C16 | If yes, did you ever report or convey your suspicion to any legal or official entity in Lebanon or outside of Lebanon? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Specify: _____ | إذا أُجبت بنعم، هل سبق لك أن بلغت أو نقلت شكوكك إلى أي كيان قانوني أو رسمي في لُبْنان أو خارج لُبْنان؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> حدّد: | 16ج |

| | | | |
|------------|---|---|-------------|
| C17 | Does the pharmacy have an available written procedure to recall rapidly and effectively medical products, paramedical products and medical devices known or suspected to be adulterated, unlicensed, spurious/ falsely labelled/falsified/counterfeit? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل لدى الصيدليّة إجراء كتابي للإسترجاع/للسحب السّريع والفعال للمنتجات الطبيّة، والمنتجات شبه الطبيّة والأجهزة الطبيّة المعروفة أو المشتبه في كونها مغشوشة أو غير مرخصة أو مُزوَّرة أو زائفة أو ذات تسمية غير صحيحة بعد البيع إلى المريض؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 17ج |
| C18 | Did you, or anyone at the pharmacy, ever have to recall medical products, paramedical products and medical devices? <input type="checkbox"/> No (move to question C20) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C19) | هل سبق لك، أو لأي صيدلي آخر في الصيدليّة، أن إسترجع/إستعاد منتجات طبيّة، ومنتجات شبه طبيّة وأجهزة طبيّة بعد البيع إلى المريض؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج20) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج19) | 18ج |
| C19 | Were the recalled products, including medicine samples, immediately stored separately from any other products? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تمّ تخزين المنتجات المُسترجعة، بما في ذلك عيّات الأدوية، بشكلٍ مُفصلٍ عن أي منتجاتٍ أخرى؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 19ج |
| C20 | In your opinion, are the system and procedure used for procurements of medicines precise, timely and transparent? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | برأيك، هل النّظام والإجراءات المُستخدمة في شراء الأدوية دقيقة وحسنة التوقيت وشفافة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | ج 20 |
| C21 | During a consultation, do you take into account patient considerations such as social background, educational level, cultural beliefs, literacy, native language and mental capacity? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | خلال الإستشارة، هل تأخذ بعين الإعتبار إعتبارات المريض مثل الخلفيّة الإجتماعيّة، والمستوى التعليمي، والمعتقدات الثقافيّة، واللّغة الأمّ، والقُدرة العقليّة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 21ج |
| C22 | Do patients consult you for unusual responses to a medicine or a treatment? <input type="checkbox"/> No (move to question C24) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C23) | هل يستشيرك المرضى لإستجابات/عوارض غير عاديّة للدواء أو العلاج؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج24) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج23) | 22ج |
| C23 | When a patient consults you for unusual responses to a medicine or a treatment, do you usually intervene or ask the patient to refer to their medical doctor/treating physician? <input type="checkbox"/> I do not take any action <input type="checkbox"/> I refer the patient to his/her doctor <input type="checkbox"/> I intervene | عندما يستشيرك المريض لإستجابات/عوارض غير عاديّة لدواء أو علاج، هل تتدخّل عادةً أو تطلب من المريض الرّجوع إلى طبيبه / طبيبه المُعالج؟ <input type="checkbox"/> لا أتخذ أيّ إجراء <input type="checkbox"/> أُحيل المريض إلى طبيبه <input type="checkbox"/> أتدخّل | 23ج |

| | | | |
|------------|--|---|------------|
| C24 | Do you keep a database about medication monitoring or patients' therapeutic outcomes? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تحتفظ بقاعدة بيانات حول مراقبة الأدوية أو النتائج العلاجية للمرضى؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 24ج |
| C25 | Do you perform point-of-care testing (Blood pressure, Glucose measures...) in order to monitor and adjust patient's therapy when needed? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تجري إختبارات بسيطة (فحص الضغط، فحص السكر...) من أجل مراقبة وتعديل علاج المريض عند الحاجة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 25ج |
| C26 | Do you educate patients on how to use web-based or other forms of healthcare information resources? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تقوم بتنقيف المرضى حول كيفية استخدام موارد المعلومات على شبكة الإنترنت أو غيرها من موارد معلومات الرعاية الصحية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 26ج |
| C27 | Are there any literature/bibliography resources available at the pharmacy for the use of pharmacists? <input type="checkbox"/> No (move to question C29) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C28) | هل هناك أي موارد / مراجع ببليوغرافية متوفرة في الصيدلية لإستخدام الصيدالين؟ <input type="checkbox"/> كلا (إنتقل إلى السؤال ج29) <input type="checkbox"/> نعم (إنتقل إلى السؤال ج28) | 27ج |
| C28 | What are the literature/bibliography resources available at the pharmacy? Drug catalogues <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes (If yes, please indicate below which ones): Medica <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Vidal <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes PDR <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Other(s) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes: EDL (Essential drug list) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Internet access <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Handbooks <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Other: | ما هي الموارد / المراجع الببليوغرافية المتوفرة في الصيدلية؟ كتالوجات الأدوية <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم (إذا أجبت بنعم، رجاء"، حدد أي منها): ميديكا <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم فيدال <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم PDR <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم أخرى: <input type="checkbox"/> كل <input type="checkbox"/> نعم: قائمة الأدوية الأساسية (EDL) <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم خدمة الإنترنت <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم كتيبات <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم غير ذلك: <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 28ج |
| C29 | Out of 5 (five) patients, how many engage in counseling with the pharmacist? _____ (please indicate number) | من بين كل 5 (خمسة) مرضى، كم منهم ينخرط في الإستشارة مع الصيدلي؟ _____ (يُرَجَى ذكر الرقم) | 29ج |

| | | | |
|------------|---|--|------------|
| C30 | When applicable, what is the average time spent on counseling per patient? _____ (please indicate number in minutes) | عندما الإمكان، ما هو مُتوسِّط الوقت الذي تستغرقه الإستشارة لكلِّ مريض؟ _____ (يُرَجَى ذكر الرقم بالدقائق) | 30ج |
| C31 | Does the pharmacist check the medications prepared by an assistant before dispensing? (should be explained) <input type="checkbox"/> No (move to question C33) <input type="checkbox"/> Yes (move to question C32) <input type="checkbox"/> There is no assistant (move to question C32) | هل يتأكد الصيدلي من الأدوية التي أعدها المُساعد قبل صرفها؟ (يجب توضيح ذلك) <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال ج33) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال ج32) <input type="checkbox"/> لا يوجد مساعد (انتقل إلى السؤال ج32) | 31ج |
| C32 | If yes, he/she checks for: Counter indications <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Drug interactions (DI) <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Dosages prescribed <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | - إذا كان الجواب نعم ، فيتم التحقق من: موانع الإستعمال <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم تفاعل الأدوية <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم الجُرعَات المقرَّرة <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 32ج |

INDICATOR D: STORAGE

المؤشِّر د: التَّخزين

| | | | |
|-----------|--|--|-----------|
| D1 | Is power supply provided to the pharmacy 24 hours a day? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل ألتيار الكهربائي متوفر في الصيدليَّة على مدار 24 ساعة في اليوم؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د1 |
| D2 | Is the pharmacy equipped with its own electric generator? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل الصيدليَّة مُجهَّزة بمولِّد كهربائي خاص بها؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د2 |
| D3 | Is the electric generator functional during the night? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يعمل المولِّد الكهربائي أثناء الليل؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د3 |
| D4 | The stock management system helps in: Controlling levels of stock/Orders <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes Controlling products expiry date? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> Other(s): _____ | يساعد نظام إدارة المخزون في: مُراقبة مستويات المخزون (stock)/الطلبات <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم مُراقبة تاريخ انتهاء المنتجات؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> غير ذلك: _____ | د4 |
| D5 | Does the pharmacy make use of contingency plans for shortages of medicines and for purchases in situation of emergency? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تستخدم الصيدليَّة حُطط الطوارئ لنقص الأدوية والمُشتريات في الحالات الطارئة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د5 |

| | | | |
|------------|--|--|------------|
| D6 | Is there any system for the monitoring and periodic inspection of expiration dates of products and removal of outdated products? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes. Please specify: _____ | هل هناك أي نظام للمراقبة والتفتيش الدوري على تواريخ انتهاء صلاحية المنتجات وإزالة المنتجات المنتهية الصلاحية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم الرجاء التحديد: _____ | 6د |
| D7 | Do you encourage patients to return their expired or unwanted medicines and medical devices to the pharmacy? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تشجع المرضى على إعادة الأدوية المنتهية الصلاحية أو الأدوية والأجهزة الطبية الذي ليس هم بحاجة لها إلى الصيدلية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 7د |
| D8 | Are there any records for expired drugs? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك أي سجلات للأدوية المنتهية الصلاحية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 8د |
| D9 | Are expired drugs stored separately? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يتم تخزين الأدوية المنتهية الصلاحية بشكل منفصل؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | 9د |
| D10 | Is there any specific procedure used for the disposal of expired medicines and products? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes If yes, specify: _____ | هل هناك أي إجراء محدد يُستخدم للتخلص من الأدوية والمنتجات المنتهية الصلاحية؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم إذا نعم، يرجى التحديد: _____ | 10د |
| D11 | What is the total number of pharmaceutical items kept in stock? ____ (please indicate number of items) <input type="checkbox"/> I don't know | ما هو إجمالي عدد المواد الصيدلانية الموجودة في المخزون؟ ____ (يُرجى ذكر عدد العناصر) <input type="checkbox"/> لا أعلم | 11د |
| D12 | What is the total number of brands or different generic Augmentin medicines available containing the active ingredient amoxicillin/clavulanic in the form of tablets, capsules, or suspension that are available at the pharmacy? ____ (please indicate number). <input type="checkbox"/> I don't know | ما هو العدد الإجمالي للعلامات التجارية أو الأدوية الـ Augmentin المختلفة التي تحتوي على المادة الفعالة أموكسيسيلين/الكلافوليانيك على شكل أقراص أو كبسولات أو محلول مُتَوَقَّر في الصيدلية؟ ____ (يُرجى ذكر الرقم) <input type="checkbox"/> لا أعلم | 12د |

| | | | |
|------------|---|---|------------|
| D13 | Do you make use of a pest control service? <input type="checkbox"/> No (Thank you! You have completed the survey.) <input type="checkbox"/> Yes through a pest control company (move to question D14) <input type="checkbox"/> Yes the pharmacy has its own pest control plan (move to question D14) | هل تستفيد من خدمة مكافحة الحشرات؟ <input type="checkbox"/> لا (شكراً لك! لقد أكملت الإجابة على الإستبيان) <input type="checkbox"/> نعم، من خلال شركة مكافحة الحشرات (انتقل إلى السؤال 14) <input type="checkbox"/> نعم، تمتلك الصيدليّة خطتها الخاصة لمكافحة الحشرات (انتقل إلى السؤال 14) | 13د |
| D14 | How frequently are pesticides and/or insecticides used as part of the pest control management plan? _____ times a year (write the number of times) <input type="checkbox"/> I don't know | ما مدى تكرار إستخدام المبيدات الحشريّة كجزء من خطة إدارة مكافحة الآفات؟ _____ مرّة في السنّة (رجاءً أكتب عدد المرّات) <input type="checkbox"/> لا أعلم | 14د |

Thank you for completing the survey.

You may return the survey to the OPL officer. He/she will be completing another few items with your assistance.

شُكراً لك على إستكمال الإستطلاع.

يُمكنك إعادة الإستبيان إلى مسؤول مكتب الترخيص الذي سوف يُكمل بعض البنود الأخرى بمُساعدتك.

**The items below should NOT be filled out by the pharmacist.
All items listed below should be visually checked and then answered
by the OPL officer.**

لا يجب ملء البنود أدناه من قبل الصيدلي
يجب على مفتش النقابة أن يفحص جميع العناصر المذكورة أدناه بصرياً ومن ثم
الاجابة عنها بنفسه

FOR INDICATOR B: SERVICES AND FACILITIES

للمؤشر ب: الخدمات والتسهيلات

| | | | |
|------------|---|--|------------|
| B8 | Is there patient accessibility to seating? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تتوفر إمكانية الجلوس للمريض؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 8ب |
| B9 | Is there patient accessibility to a weighing scale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك إمكانية وصول المريض إلى مقياس الوزن؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 9ب |
| B10 | Is there patient accessibility to a body height scale? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك إمكانية وصول المريض إلى مقياس الطول؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 10ب |
| B11 | Is there patient accessibility to drinking water? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك إمكانية وصول المريض إلى مياه الشرب؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 11ب |
| B13 | Is there a toilet/water closet? <input type="checkbox"/> No (move to question B19) <input type="checkbox"/> Yes (move to question B14) | هل هناك مرحاض؟ كلا (انتقل إلى السؤال ب19) نعم (انتقل إلى السؤال ب14) | 13ب |
| B14 | Is the storage area separate from the toilet(s) and the preparation laboratory? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل مكان التخزين منفصل عن المرحاض (المراحيض) ومختبر التحضير؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 14ب |
| B15 | Is the toilet available for customers' use? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل المرحاض متوفر لإستخدامه من قبل الزبائن؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 15ب |
| B16 | Are the toilet facilities clean? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل المراحيض نظيفة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 16ب |
| B17 | Are the toilet facilities functional? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل المراحيض تعمل بشكل جيد/ شغالة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 17ب |
| B18 | Is there paper toilet available in the toilet/water closet? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يتوفر ورق التواليت في الحمام؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 18ب |
| B19 | Is there hand washing facilities? <input type="checkbox"/> No (move to Indicator C) <input type="checkbox"/> Yes (move to question B20) | هل يوجد مغسلة يدين؟ كلا (انتقل إلى المؤشر ج) نعم (انتقل إلى السؤال ب20) | 19ب |

| | | | |
|------------|---|--|-------------|
| B20 | Is there soap available for hand washing? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك صابون متاح لغسل اليدين؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> | 20 ب |
|------------|---|--|-------------|

FOR INDICATOR C: DISPENSING, PREPARATION, ADMINISTRATION AND DISTRIBUTION OF MEDICINES

للمؤشر ج: صرف وتحضير وإدارة وتوزيع الأدوية

| | | | |
|------------|--|--|-------------|
| C33 | Are the preparatory and dispensing area clean (OPL officer must rate from zero to ten where zero means very dirty [visible stains, heavy dust and dirt], five means acceptably clean and tidy, and ten means very clean [clearly clean, almost aseptic, without any dust])? Score: _____ | هل مكان تحضير وصرف الأدوية نظيف (يجب أن يُقَيَّم مُوظَّف OPL من صفر إلى عشرة بحيث أن الصفر يعني بأن المكان قذرًا جدًا [يقع مرتبّة وغبارة قويًا وأوساخًا]، خمسة تعني بأن المكان نظيفًا ومرتبًا بشكل مقبول، وعشرة تعني خمسة تعني بأن المكان نظيفًا جدًا [نظيفًا بشكل واضح، تقريبًا معقمًا، دون أي غبار])؟ النتيجة: _____ | 33 ج |
|------------|--|--|-------------|

FOR INDICATOR D: STORAGE

للمؤشر د: التخزين

| | | | |
|------------|--|--|-------------|
| D16 | Are medicines protected from direct exposure to sunlight? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل الأدوية محميّة من التعرّض المباشر لأشعة الشمس؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> | 16 د |
| D17 | Is the room temperature/ambient temperature in the pharmacy monitored using a thermometer or any equivalent device? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل تُرصد درجة حرارة الغرفة في الصيدليّة باستخدام ميزان حرارة أو أي جهاز مكافئ؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> | 17 د |
| D18 | Is there a functional cooling system available in the pharmacy? <input type="checkbox"/> No (move to question D20) <input type="checkbox"/> Yes (move to question D19) | هل يوجد نظام تبريد شغّال في الصيدليّة؟ نعم <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> (انتقل إلى السؤال د20) نعم <input type="checkbox"/> (انتقل إلى السؤال د19) | 18 د |
| D19 | What is the cooling system used in the pharmacy? <input type="checkbox"/> Fan <input type="checkbox"/> Central air conditioner or air-source heat pumps <input type="checkbox"/> Room air conditioner <input type="checkbox"/> Ductless mini-split air conditioner Other: _____ | ما هو نظام التبريد المُستخدم في الصيدليّة؟ <input type="checkbox"/> مروحة <input type="checkbox"/> مكيف هواء مركزيّ أو مضخات حراريّة <input type="checkbox"/> مكيف هواء للغرفة <input type="checkbox"/> مكيف هواء صغير مجزأ بدون مجرى غير ذلك: _____ | 19 د |

| | | | |
|------------|---|---|------------|
| D20 | Is there a functional heating system available in the pharmacy? <input type="checkbox"/> No (move to question D22) <input type="checkbox"/> Yes (move to question D21) | هل يوجد نظام تدفئة شغال في الصيدلية؟ <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال د22) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال د21) | د20 |
| D21 | What is the heating system used in the pharmacy? <input type="checkbox"/> Radiators <input type="checkbox"/> Air conditioner or heat pumps <input type="checkbox"/> Electric heater <input type="checkbox"/> Ductless mini-split air conditioner <input type="checkbox"/> Gas heater Other: | ما هو نظام التدفئة المستخدم في الصيدلية؟ <input type="checkbox"/> مشعات التدفئة <input type="checkbox"/> مكيف هواء مركزي أو مضخات حرارية <input type="checkbox"/> سخان كهربائي <input type="checkbox"/> مكيف هواء صغير مجزأ بدون مجرى <input type="checkbox"/> سخان غاز غير ذلك: _____ | د21 |
| D22 | Is there a refrigerator available in the pharmacy? <input type="checkbox"/> No (move to question D27) <input type="checkbox"/> Yes (move to question D23) | هل هناك براد متوفر في الصيدلية؟ <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال د27) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال د23) | د22 |
| D23 | Are only medicines stored in the refrigerator? <input type="checkbox"/> No (move to question D25) <input type="checkbox"/> Yes (move to question D24) | هل يتم تخزين الأدوية فقط في البراد؟ <input type="checkbox"/> كلا (انتقل إلى السؤال د25) <input type="checkbox"/> نعم (انتقل إلى السؤال د24) | د23 |
| D24 | Are vaccines stored at the center of the refrigerator? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يتم تخزين اللقاحات في وسط البراد؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د24 |
| D25 | What items, other than medicines, are stored in the refrigerator? Indicate: | ما هي العناصر، بخلاف الأدوية، المخزنة في البراد؟ حدّد: | د25 |
| D26 | Is the temperature of the fridge monitored or recorded? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل درجة حرارة البراد مراقبة أو مسجلة؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د26 |
| D27 | Are there any signs of leaks in the roof? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك أي علامات للتسرب في السقف؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د27 |
| D28 | Is the surface of the storage area sufficient to store all items on shelves (nothing on the floor)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل مساحة التخزين كافية لوضع كل المواد على الرفوف (لا شيء على الأرض)؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د28 |
| D29 | Are all medicines stored on shelves? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل جميع الأدوية مخزنة على الرفوف؟ <input type="checkbox"/> كلا <input type="checkbox"/> نعم | د29 |

| | | | |
|------------|--|--|------------|
| D30 | Are medicines stored using a systematic pattern (by alphabetical order or other organization)? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | - هل يتم تخزين الأدوية باستخدام نمط مُنتظم (حسب الترتيب الأبجدي أو أي تنظيم آخر)؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 30د |
| D31 | Are the shelves labeled? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هي للرفوف أرقام أو بطاقات خاصة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 31د |
| D32 | Do the storage cupboards and drawers both have locks? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يحتوي كل من خزانة التخزين والأدراج على أقفال؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 32د |
| D33 | Are controlled substances stored inside locked cupboards and/or locked drawers? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يتم تخزين المواد الخاضعة للرقابة داخل الخزانات المقفلة و / أو الأدراج المقفلة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 33د |
| D34 | Does the storage room have a lock? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل يحتوي غرفة التخزين على قفل؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 34د |
| D35 | Are open bottles (or any type of other container used at the pharmacy) dated? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A | هل الزجاجات المفتوحة (أو أي نوع من الحاويات الأخرى المستخدمة في الصيدلية) مؤرّخة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ينطبق | 35د |
| D36 | Are there lids or caps on opened bottles and containers? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> N/A | هل توجد أغطية على الزجاجات والغلب المفتوحة؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> لا <input type="checkbox"/> ينطبق | 36د |
| D37 | Are there any medicines, products, bottles, or containers stored on the floor? <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Yes | هل هناك أي أدوية أو مُنتجات أو زجاجات أو حاويات مخزّنة/ موضوعة على الأرض؟ كلا <input type="checkbox"/> نعم <input type="checkbox"/> | 37د |

END OF QUESTIONNAIRE

Filled by: _____

نهاية الإستبيان

أكمّله: