Birim	Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi
Görev Adı	Farmakovijilans Sorumlusu
Amir ve Üst Amirler	Dekan,Merkez Müdürü(Başhekim),Merkez Müdür(Başhekim) Yardımcıları
Görev Devri	Dekan'ın görevlendirdiği diğer hekim
Görev Amacı	Merkezimizde yapılan ilaç uygulamalarında yaşanan herhangi bir istenmeyen olay durumunu TÜFAM'a bildirmek.
Temel İş ve Sorumluluklar	1-Kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurmalıdır. 2-İlaçların Güvenliği Hakkındaki Yönetmeliğe uygun faaliyet göstermelidir. 3-Klinik uygulamalarda, hastaya uygulanan ilaçların kullanımı sonucu meydana gelebilecek ciddi ve beklenmeyen advers etki bildirimleri, Farmakovijilans Sorumlusuna yapılır. 4-Ciddi ve beklenmeyen advers etkileri 15 gün içerisinde TÜFAM'a elektronik raporlama sistemi ile ''Advers Etki Bildirim Formu'' doldurularak faks veya posta yoluyla bildirir. 5- Şüpheli advers etkilerin raporlanmasından sorumludur. 6-İletişim bilgileri ve merkezi öz geçmişi İl Sağlık Müdürlüğü'ne bildirilmiştir. Konu ile ilgili eğitimleri bakanlık tarafından alan merkezimiz farmakovijilans sorumlusu www.iegm.gov.tr adresinde ilan edilen ilaç güvenliliği ile ilgili uyarıları takip ederek merkezde görev yapan ilgili hekimlere konu ile ilgili duyuruları yapar. 7-Hastaya, ilaca ve advers etkiye ait olan bölümler mümkün olduğunca eksiksiz doldurulur. 8-Farmakovijilans sorumlusunun değişmesi durumunda 10 gün içerisinde yeni sorumlu belirlenir ve TÜFAM'ne bildirilir. 9-Bakanlığa spontan bildirimi advers etkileri gözlemleyen sağlık mesleği mensubununun sorumluluğundadır. 10-Advers etki bildirimi noktasında eğitim verilir. 11-Türkiye İlaç ve Eczacılık Kurumu tarafından verilen online eğitimlere katılır.
Yetkiler	1.Görev ve sorumlulukları gerçekleştirme yetkisine sahip olmak. 2.Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için gerekli araç ve gereçleri kullanma yetkisi.
Yasal Dayanak	1. 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu 2. İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik 3. Türkiye İlaç ve Eczacılık Kurumu 4. 2547 Sayılı YÖK Kanunu 5. Merkez Yönetmeliği

Görev Tanımını;

Hazırlayan	Onaylayan
…./…./….	…./…./…
Adı-Soyadı:	
Unvanı:	

Bu dokümanda açıklanan görev tanımını okudum. Görevimi belirtilen kapsamda yerine getirmeyi kabul ediyorum.

Adı-Soyadı:	Tarih	İmza
Unvanı:	…./…./….	