טופס בקשה לפתיחת הרשאה לסמים מסוכנים

טופס פנימי – אוניברסיטת בר אילן

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **הנחיות**   * טופס זה משמש להגשת בקשה לפתיחת הרשאה במערכת הממוחשבת לחומרים המוגדרים בפקודת הסמים המסוכנים ותקנותיו, לשימוש על פי הגדרות סעיף 11 לפקודה בעבודה עם בע"ח בלבד. * מילוי טופס זה נדרש עבור כל סם מסוכן המופיע ברשימה הקיימת בבר נט עבור שימוש בבעלי חיים, ולכל חומר אחר המוגדר בפקודת הסמים. * רשאים להגיש טופס זה: חוקרים ואנשי הוראה המבקשים לרכוש לצורך פעילותם המקצועית. * הגשת הטופס תתאפשר רק לאחר בדיקת וטרינר או איש מחלקת הבטיחות, המאשרת כי למעבדה אכן יש כספת או ארון פלדה לאחסון החומרים. * הנפקת המרשם תבוצע על ידי וטרינר בלבד. * יש למלא את הטופס כאשר השדות המסומנים בכוכבית אדומה הינם חובה למילוי. * יש להקפיד על תיעוד מסודר של השימוש בסמים ובתרופות, כולל פירוט של תאריכים וכמויות שימוש. * התיעוד יתבצע על ידי רישום במחברת כרוכה. * חל איסור מוחלט להעביר סמים או תרופות, ללא אישור וטרינר, ממעבדה אחת למשניה. * יש להציג בפני וטרינר האוניברסיטה או כל נושא בתפקיד המוסמך לכך את החומר והתיעוד אודות השימוש בו, בעת ביקורת במעבדה או בכל עת אחרת שתיקבע על ידי הוטרינר או המוסמך לכך. * לאחר הגשת הבקשה לאישור הוטרינר, ואישורו, תפתח לחוקר/ת הקטגוריה להזמנה בבר נט. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטים אישים** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*שם פרטי: |  | | | | | | | | \*שם משפחה: | | |  | | | | | | | | | |
| \*תעודת זהות: | | |  | | | | | | \*תפקיד: | |  | | | | | | | | | | |
| \*טלפון נייד: | |  | | | | | \*טלפון במעבדה: | | | |  | | | | |  | | | |  | |
| \*כתובת דוא"ל: | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **פרטי הבקשה – הסם המבוקש ומטרת השימוש** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **מבקש/ת בזאת הרשאה להחזקה ולשימוש בסם / תרופה כמפורט בטבלה להלן, למטרת מחקר והוראה בלבד** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **שם הסם המבוקש (שם גנרי/שם מסחרי)** | | | | | | | | | | **צורה** | | | | | **תכולה/ריכוז** | | | | **כמות** | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | |  | | | | |  | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **\*מטרת ההחזקה והשימוש** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **אחסון הסם** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| \*בניין: | | | | | | | \*חדר: | | | | | | | | | |  | | | |
| \*הסם יאוחסן בתנאים בטוחים שימנעו אובדנו או גניבתו (סמן את המתאים): | | | | | | | | | | | | | |  | | |  | | | |
| \*שהגישה אליו נתונה לאנשים שלהלן בלבד | | | | | |  | | | | | | | | | |  | | | | |
| \*שם פרטי | | | | | | | \*שם משפחה | | | | | | | | | \*מספר תעודת זהות | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | |  | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **הצהרות** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הנני מצהיר/ה בזאת כי הסם המסוכן לא ישמש לכל מטרה אחרת מלבד זו המצויינת בטופס זה. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| הנני מצהיר/ה שידוע לי כי:   1. הנני הנושא המרכזי באחריות לקיום הנוהל. 2. מוטלת עלי חובה לנהל רישום של כל הפרטים המתייחסים לתנועת הסם ולשימוש בו. 3. חובתי לשמור על הסם באופן שימנע אובדנו, היעלמותו או גניבתו. 4. עלי לדווח מיד לבטיחות ו/או לוטרינר על אובדן, גניבה או היעלמות של הסם. 5. אי עמידה במילוי נהלים אלה תגרור עיכוב ו/או מניעה של הזמנת סמים מסוכנים בעתיד. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | |  | | |  | | | | |  | | | | |  | | | |
|  | | | | | תאריך | | |  | | | | | חתימת המבקש | | | | |  | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |