



Circular

تعميم

Policy of Disposing of and Destruction of  
Controlled Substances

بشأن سياسة التخلص من المواد الخاضعة للرقابة  
وإتلافها

In case of Destruction of Controlled Substances that are undesired, deteriorated, expired, or for any reason, no longer valid to use. You should follow following procedures.

في حال التخلص من المواد الخاضعة للرقابة غير المرغوب فيها أو التالفة أو منتهية الصلاحية أو لأي سبب من الأسباب التي تجعلها غير صالحة للاستخدام يتعين إتباع الإجراءات التالية:

First: On-site Destruction Procedure:-

أولاً: إجراءات الإتلاف في الموقع:-

Use this procedure whenever the quantity is small not more than ten units of each item. (From A is to use) follow the following:

يستخدم هذا الإجراء عندما تكون الكمية صغيرة ولا تزيد عن عشر وحدات من كل دواء. (النموذج A المرفق بهذا التعميم) وبإتباع ما يلي:

1. Health Facilities should request the permission to destroy controlled medicines not more than two weeks prior to the proposed on-site destruction date (through yellow box).

1. تُقدم المؤسسات الصحية المُرخص لها بالتعامل مع الأدوية الخاضعة للرقابة طلب الحصول على الموافقة على إتلاف الأدوية الخاضعة للرقابة قبل أسبوعين على الأقل من التاريخ المقترح من قبلهم وذلك لغرض الإتلاف في الموقع (في الحاوية الخاصة بالنفائيات الملوثة yellow box).

2. Health Facilities should submit the (form A) along with the medicines to destruct and the controlled medicines inventory records to Competent Authority in Ministry of Health to get the permission to destroy, after paying the associated fees.

2. تقوم المؤسسات الصحية المُرخص لها بالتعامل مع الأدوية الخاضعة للرقابة بمليء، وتقديم (نموذج A) مع الأدوية المراد إتلافها والسجلات الخاصة بقيد الأدوية الخاضعة للرقابة للجهة الإدارية المختصة بوزارة الصحة للحصول على موافقتها بعد سداد الرسم المقرر.



3. Competent Authority in Ministry of Health approves the destruction with specifying the date, time and location of it, and with coordination with NHRA to supervise the destruction process whenever possible, or the competent authority is monitoring it through visual communication tools.
  4. Destruction of controlled medicines should be conducted and be witnessed by a kingdom of Bahrain licensed physician or pharmacist, or nurse, and is employed in the health Facility.
  5. A copy of the identity card (CPR) and / or profession license of the individuals who will conduct and witness the destruction must enclosed with the request of permission to destroy the controlled medicines.
  6. The process of destroying controlled medicines is document with the date, time, and location of the destruction, together with the name, signature and license number/ or CPR number for all who conducted and witnessed procedure. Record it in the register of controlled medicines with an indication of the quantity that destroyed, and it shall deduct from the remaining quantity, if any.
3. تقوم الجهة الإدارية المختصة بالوزارة بالموافقة على الإتلاف مع تحديد تاريخ وزمن وموقع الإتلاف ويتم التنسيق مع الهيئة الوطنية لتنظيم المهن والخدمات الصحية للإشراف على عملية الإتلاف - متى كان ذلك ممكناً- على أن تقوم الجهة المختصة بمراقبة عملية الإتلاف من خلال الاتصال المرئي في حال تعذر إشراف الهيئة عليها.
  4. يجب أن يشهد على عملية إتلاف الأدوية الخاضعة للرقابة طبيب أو صيدلي أو ممرض مرخص من مملكة البحرين ومن العاملين في المؤسسة الصحية المرخص لها بالتعامل مع الأدوية الخاضعة للرقابة.
  5. يتم إرفاق صورة من البطاقة الشخصية (CPR) أو /وترخيص مزاولة المهنة للأفراد المعنيين بعملية الإتلاف والشهود عند تقديم طلب إتلاف الأدوية الخاضعة للرقابة.
  6. توثق عملية إتلاف الأدوية الخاضعة للرقابة بالتاريخ والوقت والموقع الذي تم فيه الإتلاف، ويتم تدوين اسم وتوقيع ورقم ترخيص /أو الرقم الشخصي للشخص الذي قام بإجراء الإتلاف وشهود العيان، وتُثبت في سجل قيد الأدوية الخاضعة للرقابة مع الإشارة إلى الكمية التي تم إتلافها وتاريخ الإتلاف وتخصم من الكمية المتبقية إن وجدت.



7. Conduct the destruction on the same date, in coordination with the medical waste collection time from the facility by the authorized medical waste company, whenever possible.
8. The Destruction form must returned to the competent authority in Ministry of Health for final approval, signed by the entire employee who performed and witnessed the procedure, stamped and dated by the medical waste company after collection. (Whenever possible).
9. The Health Facility keeps the destruction form for a period of Five years.

**B. Destruction through Approved Medical Waste Company:-**

Use this procedure whenever the quantity to be destroyed directly by the approved Medical Waste Company. (Form B in use) follow the following:

1. Health Facilities should request the permission to destroy controlled medicines not more than two weeks prior to the proposed destruction date. ( Fill form B)

7. يتم اجراء الإتلاف بالتنسيق مع وقت جمع النفايات الطبية من المنشأة الصحية من قبل شركة النفايات الطبية المعتمدة متى كان ذلك ممكناً.

8. يُعاد نموذج الإتلاف إلى الجهة الإدارية المختصة بوزارة الصحة للاعتماد النهائي، على أن يكون موقع من قبل الموظف الذي أجرى العملية ومن شهدها، ومختوم ومؤرخ من قبل شركة النفايات الطبية بعد جمعها (ما أمكن ذلك).

9. تحتفظ المؤسسة الصحية بنموذج الاتلاف لفترة خمس سنوات.

**ثانياً: الإتلاف من خلال شركة النفايات الطبية المعتمدة:-**

يُستخدم هذا الإجراء كلما تم إتلاف الكمية مباشرة من قبل شركة النفايات الطبية المعتمدة. (النموذج B المرفق بهذا التعميم) وبتابع ما يلي:

1. تُقدم المؤسسات الصحية المرخص لها بالتعامل مع الأدوية الخاضعة للرقابة طلب الحصول على الموافقة على إتلاف الأدوية الخاضعة للرقابة قبل أسبوعين على الأقل من التاريخ المقترح من قبلهم (ملء النموذج B).



2. Health facilities should Submit (form B) along with the medicines to be destroyed (whenever possible) and the controlled medicines inventory records to the competent authority in Ministry of Health to get the permission to destroy after paying the associated fees.

3. The competent authority in Ministry of Health approves the request in preparation for the destruction.

4. The destruction process is documented in the inventory record of the controlled medicines, indicating the quantity destroyed, the date of destruction, and deducted from the remaining quantity if available together with the name and license number of the person performing and witnessing the destruction.

5. After conducting destruction, the Destruction form must be returned to the competent authority in Ministry of Health for final approval, signed and stamped by the medical waste company.

6. The Health Facility keeps the destruction form for a period of Five years.

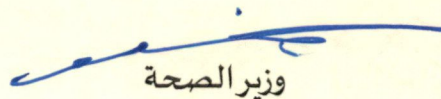
2. تقوم المؤسسات الصحية المرخص لها بالتعامل مع الأدوية الخاضعة للرقابة بمليء، وتقديم (النموذج B) مع الأدوية المراد إتلافها والسجلات الخاصة بقيد الأدوية الخاضعة للرقابة للجهة الإدارية المختصة بوزارة الصحة للحصول على موافقتها بعد سداد الرسم المقرر.

3. تقوم الجهة الإدارية المختصة بالوزارة بالموافقة على الإتلاف.

4. يتم توثيق عملية الإتلاف في سجل قيد الأدوية الخاضعة للرقابة مع بيان الكمية التي تم إتلافها وتاريخ الإتلاف وتخصم من الكمية المتبقية إن وجدت واسم ورقم ترخيص الشخص الذي قام بإجراء الإتلاف وشهود العيان.

5. يتم إعادة نموذج الإتلاف إلى الجهة الإدارية المختصة بوزارة الصحة للاعتماد النهائي، على أن يكون النموذج مختوم وموقع من شركة النفايات الطبية المعتمدة.

6. تحتفظ المؤسسة الصحية بنموذج الإتلاف لفترة خمس سنوات.

  
وزير الصحة

فائقة بنت سعيد الصالح

صدر بتاريخ: 5 جمادى الآخرة 1442م  
الموافق: 18 يناير 2021م



**Controlled Drugs Destruction Form**  
**Form (A)**

Serial No. _____	Application Date: .....	
Pharmacy/Agent/Hospital/Clinic Name: .....		
Address: .....	Tel: .....	E-mail: .....
Applied by Health Facility Staff: .....		
License Number: .....	Stamp	
CPR Number: .....		
Signature: .....		

Proposed Date of Destruction: .....
Proposed Time of Destruction: .....
Site of Destruction Ward/Section (if Applicable) etc.: .....

Perform by Health Care Professional Name: .....	
License Number: .....	Signature: .....
Witness by Health Care Professional Name: .....	
License Number: .....	Signature: .....
Witness and Authorized by Facility Manager (Name): .....	
License Number (if Health Care Professional): .....	Signature: .....

**List of Controlled Medicines for Destruction.**

No.	Brand Name	Generic Name	Strength	Form	Quantity	Batch No.	Expiry Date	Manufacture
1								
2								
3								
4								
5								

**Ministry of Health Use:**

We Hereby to Permit the Destruction of the Attached Listed Medicines.

Date: ..... Name: ..... Signature: .....

Final Approval Signature: .....

Stamp
-------



**Controlled Drugs Destruction Form**

**Form (B)**

Serial No. _____	Application Date: .....
Pharmacy/ Agent/ Hospital/ Clinic Name: .....	
Address: .....	Tel.: ..... E-mail: .....
Applied by Health Facility Staff: .....	
License Number: .....	<div style="border: 1px solid black; padding: 20px; width: 100px; margin: 0 auto;">Stamp</div>
CPR Number: ..... Signature: .....	
Manager Approval sign. : .....	

**List of Controlled Medicines for Destruction.**

No.	Brand Name	Generic Name	Strength	Form	Quantity	Batch No.	Expiry Date	Manufacture
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
15								



**Ministry of Health Use :**

We Hereby to Permit the Destruction of the Attached Listed Drugs.

Date: .....

Name: .....

Signature: .....

Final Approval Signature: .....

Stamp

**Waste Management Company Use :**

Company Name: .....

This is to Declare that we Received and Destroyed the Attached Listed Drugs.

Method of Destruction: .....

Date of Destruction: .....

Signature: .....

Stamp