

VERBALE DI VERIFICA DEGLI ARMADI DI REPARTO

(in collaborazione con la Direzione Sanitaria di Presidio, per valutare la corretta tenuta dei prodotti farmaceutici,
come da check- list aziendale)

Verbale di visita alla Struttura Complessa

Telefono _____

Direttore: _____ Capo Sala _____

In data: _____ nel reparto _____

alla presenza di: _____ del Servizio di Farmacia e di:
_____ della Direzione Sanitaria del P.O. “ _____ ”

si è provveduto all'ispezione dell'armadio farmaceutico del reparto sopra indicato alla presenza del

Capo Sala, Sig./a _____

constatando quanto segue:

1.CONSERVAZIONE E STOCCAGGIO DEI FARMACI, GALENICI, PREPARAZIONI GALENICHE, DISPOSITIVI MEDICI E SOLUZIONI INFUSIONALI

	MEDICINALI		GALENICI E FIALE GALENICHE		DISPOSITIVI MEDICI		SOLUZIONI INFUSIONALI	
Periodicità del rifornimento	giornaliera <input type="checkbox"/>		giornaliera <input type="checkbox"/>		giornaliera <input type="checkbox"/>		giornaliera <input type="checkbox"/>	
	settimanale <input type="checkbox"/>		settimanale <input type="checkbox"/>		settimanale <input type="checkbox"/>		settimanale <input type="checkbox"/>	
	bisettimanale <input type="checkbox"/>		bisettimanale <input type="checkbox"/>		bisettimanale <input type="checkbox"/>		bisettimanale <input type="checkbox"/>	
	trisettimanale <input type="checkbox"/>		trisettimanale <input type="checkbox"/>		trisettimanale <input type="checkbox"/>		trisettimanale <input type="checkbox"/>	
	altro _____		altro _____		altro _____		altro _____	
E' presente un elenco quali quantitativo dei medicinali e dispositivi che devono costituire la dotazione ordinaria di reparto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
La quantità dei prodotti farmaceutici in deposito è adeguata ai consumi medi o alla frequenza dei rifornimenti ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I prodotti sono disposti in modo ordinato, facilmente identificabili e secondo un criterio efficace per il loro prelevamento ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Esistono posizioni doppie dello stesso prodotto ?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Le confezioni in scadenza sono poste davanti alle altre?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono state trovate più confezioni dello stesso prodotto aperte?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

	MEDICINALI		GALENICI E FIALE GALENICHE		DISPOSITIVI MEDICI		SOLUZIONI INFUSIONALI	
I contenitori multi dose vengono accuratamente richiusi dopo l'uso?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Sono stati ritrovati prodotti non confezionati, in modo tale da rendere non identificabile il prodotto o la data di scadenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Le date di scadenza sono messe in evidenza?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si repertano scaduti tra quelli verificati a campione?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
I prodotti che richiedono refrigerazione sono conservati in modo corretto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Il carrello di distribuzione dei farmaci è tenuto correttamente?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Si repertano campioni?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se sì, sono conservati separatamente e distinti dai prodotti normalmente forniti dalla farmacia?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

I farmaci ricostituiti (es. granulati x uso pediatrico) e /o multidose (es. colliri, soluzioni orali ...)

▪ riportano la data di ricostituzione e/o apertura?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
▪ riportano la dicitura "da usare entro giorni"?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
▪ sono conservati in frigo, se previsto?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Durante la verifica si provvede al ritiro dei farmaci le cui scorte risultano eccessive:		
_____	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

▪ Esistono sistemi di rilevazione della temperatura dei frigoriferi? SI NO

Se no, è stata richiesta l'installazione di frigorifero con idoneo sistema di rilevazione? SI NO

▪ Gli eventuali farmaci per "sperimentazioni" provengono dalla Farmacia? SI NO

Non vengono effettuate sperimentazioni

Se si, sono conservati separatamente e distinti dagli altri medicinali ? SI NO

▪ Vengono effettuate sperimentazioni di DM? SI NO

2. PROCEDURE, RACCOMANDAZIONI E PROTOCOLLI

PRONTUARIO TERAPEUTICO REGIONALE (PTR)

▪ Siete a conoscenza della possibilità di consultare in rete il PTR SI NO

(in caso negativo consultare il sito regionale all'indirizzo:

<http://www.sardegناسalute.it/index.php?xsl=316&s=9&v=9&c=5095&na=1&n=10&esp=1>)

PROCEDURA DI NOTIFICA DEI FARMACI SCADUTI

▪ Siete a conoscenza della procedura di gestione dei farmaci scaduti? SI NO

(in caso negativo consultare la Direzione sanitaria del Presidio Ospedaliero)

PROCEDURA FARMACOVIGILANZA

- Siete a conoscenza dell'esistenza della procedura aziendale sulla Farmacovigilanza ? SI NO

(in caso negativo consultare il Servizio di Farmacia)

PROCEDURA VIGILANZA DISPOSITIVI MEDICI

- Siete a conoscenza dell'esistenza della procedura aziendale sulla Vigilanza dei Dispositivi Medici? SI NO

(in caso negativo consultare il Servizio di Farmacia)

RACCOMANDAZIONE N°12 PER LA PREVENZIONE DEGLI ERRORI IN TERAPIA CON FARMACI "LOOK-ALIKE/SOUND-ALIKE"

- E' presente copia? SI NO
- E' esposta in luogo visibile e consultabile? SI NO

(in caso negativo consultare il sito del Ministero della Salute all'indirizzo: <http://www.salute.gov.it> alla voce STRUMENTI DOCUMENTI, inserendo come parola chiave "RACCOMANDAZIONE N 12")

RACCOMANDAZIONI PER LA SICUREZZA NELLA TERAPIA ENDOVENOSA CON SOLUZIONI CONCENTRATE CONTENENTI POTASSIO

- Le linee guida sul corretto utilizzo delle soluzioni concentrate di cloruro di potassio ed altre soluzioni concentrate contenenti potassio sono esposte in luogo visibile e consultabile? SI NO
- Siete a conoscenza della disponibilità presso il Servizio di Farmacia di Calcio Gluconato fiale 10%, 10 ml, come antidoto dell'eventuale iperpotassiemia iatrogena? SI NO

RACCOMANDAZIONE N° 7 PER LA PREVENZIONE DELLA MORTE, COMA O GRAVE DANNO DERIVATI DA ERRORI IN TERAPIA FARMACOLOGICA

- E' presente copia della Raccomandazione (N°7) per la terapia farmacologica ? SI NO
- E' esposta in luogo visibile e consultabile? SI NO

PRECAUZIONI PER LA RIDUZIONE DEL RISCHIO DI ERRORE DA SOMMINISTRAZIONE DI FARMACI IN SALA OPERATORIA

- E' presente copia? SI NO
- E' esposta in luogo visibile e consultabile? SI NO

PROCEDURA "GESTIONE TERAPIE CRONICHE CON MEDICINALI DI PROPRIETA' DEI PAZIENTI RICOVERATI"

- E' presente copia? SI NO
- E' esposta in luogo visibile e consultabile? SI NO

REGOLAMENTO AZIENDALE PER LA GESTIONE DEI FARMACI IN REPARTO

- E' presente copia? SI NO
- E' esposta in luogo visibile e consultabile? SI NO

(in caso negativo richiederne copia al Servizio di Farmacia)

DISINFEZIONE MANI

- Siete stati informati sulle modalità di disinfezione delle mani? SI NO
- Il poster esplicativo è esposto in luogo visibile e consultabile? SI NO

(in caso negativo contattare CIO per programmare l'inserimento nel corso formativo)

3. SOSTANZE TOSSICHE, INFIAMMABILI E/O PERICOLOSE

- Si repertano sostanze infiammabili, tossiche o pericolose in quantitativo eccessivo? SI NO
- Se si quali? _____
- Le sostanze infiammabili sono conservate in modo idoneo? SI NO

4.REGOLAMENTAZIONE ATTIVITA' D'INFORMAZIONE SCIENTIFICA DEL FARMACO

- Sono state stabilite le modalità organizzative (locale dedicato, giorni e fasce orarie) per regolamentare l'accesso agli informatori scientifici del farmaco? SI NO

- Se sì, le modalità organizzative sono state comunicate ed approvate dal Direttore Sanitario? SI NO

- Se sì, le modalità organizzative sono esposte in luogo visibile e consultabile? SI NO

Suggerimenti e consigli della Vs. S.C. per migliorare la qualità del servizio di distribuzione dei prodotti gestiti dalla Farmacia

Il Caposala, sottoscrivendo, dichiara che non esistono altri armadi, scaffali, depositi contenenti farmaci, galenici, preparazioni galeniche, soluzioni infusionali e dispositivi medici, oltre a quelli visionati durante la verifica.

Firma Farmacista	Firma Caposala (per presa visione)	Firma Direzione Sanitaria
------------------	---------------------------------------	---------------------------

Cagliari, li _____

Il/La sottoscritto/a Dott./Dott.ssa responsabile del Servizio di Farmacia delega il/la

Dott./Dott.ssa _____

ad effettuare la verifica dell' Armadio Farmaceutico della S.C. sopra indicata.

In fede