





DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---



Allegato n. 4 alla Procedura Operativa "Autoispezione armadi farmaceutici"

VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO
DELL'U.O.....
PRESIDIO OSPEDALIERO.....



ARMADI FARMACEUTICI PRESENTI		
1).....	
2).....	
3).....	
4).....	
5).....	
E' presente un termometro ambientale nella stanza/e dove sono ubicati gli armadi:		
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
FARMACI		
E' presente, anche nell'elemento informatico, copia del PTO aziendale	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' presente copia della scheda di segnalazioni reazioni avverse	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
E' presente copia dell'elenco dei farmaci LASA fornito dalla farmacia	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Eventuali farmaci scaduti		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono conservati in un cartone chiuso lontano dagli altri farmaci e con su scritto " FARMACI SCADUTI - DA RENDERE ALLA FARMACIA "		
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
è presente la documentazione da usare per la resa	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci sconfezionati		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---

Farmaci a temperatura controllata.		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina in flaconi multidose in uso		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI riportano:		
data di apertura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
la dicitura " da usare entro 28 giorni "	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Insulina in penne in uso.		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI		
sono conservate a T° ambiente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
riportano:		
la data di apertura	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
la dicitura " da usare entro 28 giorni "	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nome e cognome del paziente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci ricostituiti.		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI riportano:		
la data di ricostruzione	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
la dicitura " da usare entro 7-10 giorni"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
la dicitura " da conservare in frigo"	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono conservati in frigo?	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci per sperimentazione clinica.		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, provengono dalla farmacia		

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---

	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci campione		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono separati dagli altri farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
farmaci personali del paziente		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono identificati e separati dagli altri farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Farmaci stupefacenti		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI :		
1) Sono separati dagli altri farmaci e conservati in armadio chiuso a chiave		
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
2) I farmaci presenti sono:		
SPECIALITA' MEDICINALE	GIACENZA	SCADENZA
3) Vi è corrispondenza tra giacenza contabile e reale		
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
se NO specificare.....		
.....		
Farmaci oncologici iniettabili e per instillazione		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI :		
dove vengono allestiti		
.....		
sono presenti i DPI :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---

è presente il kit di spandimento :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è disponibile un elenco di farmaci da utilizzare in caso di stravasamento :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

GAS MEDICINALI

sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se sì, che tipo di gas è presente.....		
.....		
.....		
sono conservate lontano da fonti di calore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono ancorate al muro o su apposito carrello	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono provviste di cappello protettivo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono provviste di foglio illustrativo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono in buono stato (non scrostate)	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
sono presenti bombole scadute	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
è stata effettuata la manutenzione ordinaria	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

Farmaci con potassio per via endovenosa a conc. uguale o superiore a 1mEq/ml.

1) sono presenti:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

se SI:

2) sono conservati esclusivamente negli armadi destinati ai prodotti farmaceutici:

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------



4) Sono collocati in contenitori sui quali è riportata ben visibile la dicitura: "DILUIRE PRIMA DELLA SOMMINISTRAZIONE : MORTALE SE INFUSO NON DILUITO"

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

5) Sono collocati lontano da riserve di soluzione fisiologica in fiale (con le quali il KCL potrebbe confondersi)

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Veleni

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---

sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono custoditi in contenitore, evidenziato da simbolo, separatamente da altri farmaci	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

DISINFETTANTI ED INFIAMMABILI

1) Sono conservati lontano da fonti di luce e di calore	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2) sono provvisti di tappo	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

3) Sono disponibili le SCHEDE TECNICHE di tutti i prodotti presenti:

nell'elemento cartaceo in una cartellina facilmente consultabile da tutti gli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nell'elemento informatico in una cartella sul desktop di un PC a disposizione degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

4) Sono presenti le SCHEDE DI SICUREZZA di tutti i prodotti presenti:

nell'elemento cartaceo in una cartellina facilmente consultabile da tutti gli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nell'elemento informatico in una cartella sul desktop di un PC a disposizione degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

5) Sono presenti e consultabili le linee guida elaborate dal CIO aziendale :	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
--	-----------------------------	-----------------------------

DISPOSITIVI MEDICI.

Eventuali dispositivi medici sterili scaduti



sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono conservati in un cartone chiuso lontano dagli altri dispositivi e con su scritto " DISPOSITIVI SCADUTI - DA RENDERE ALLA FARMACIA " .		

<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
-----------------------------	-----------------------------

Dispositivi medici sterili sconfezionati

sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
---------------	-----------------------------	-----------------------------

Dispositivi campione.

DIREZIONE SANITARIA AZIENDALE	VERBALE AUTOISPEZIONE ARMADIO FARMACEUTICO	  DIPARTIMENTO FARMACEUTICO
----------------------------------	---	---

sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
se SI, sono conservati a parte	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Gorgogliatori mono-paziente		
sono presenti	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Se SI, sono indicati la data di primo utilizzo e i dati identificativi del paziente	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
1) E' presente, anche a livello informatico, copia della scheda per il rapporto di incidente (<i>miss</i>) e di mancato incidente (<i>near miss</i>) con dispositivi medici da parte di operatori sanitari:		
<input type="checkbox"/> SI		<input type="checkbox"/> NO
2) Sono disponibili le SCHEDE TECNICHE dei prodotti presenti:		
nell'elemento cartaceo in una cartellina facilmente consultabile da tutti gli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
nell'elemento informatico in una cartella sul desktop di un PC a disposizione degli operatori sanitari	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
Note		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
.....		
DATA		
.....		
IL COORDINATORE U.O. _____ IL DIRETTORE U.O. _____		
.....		