

 <p>Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Direttore Dr.ssa Rosa Mosconi</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

## 1. SCOPO

Scopo della procedura è definire i principi e le regole per la gestione della pesata, su bilance analitiche di precisione da laboratorio, degli allestimenti prodotti manualmente dai CPSI e TLSB sotto le cappe presenti in UFA. La pesata è utile a definire, con precisione decimale, l'operazione di diluizione per accertarsi, mediante controllo a campione, della qualità delle operazioni di preparazione degli allestimenti, intesa come effettiva conferma che il contenuto del preparato corrisponda a quanto riportato in etichetta, nonché prescritto dal Medico.

## 2. STORIA DELLE MODIFICHE

Prima emissione della procedura.

## 3. DEFINIZIONI

**Bilancia analitica di precisione:** Bilancia elettronica di precisione da laboratorio *Sartorius*, modello *Secura2102-ICIT*, con certificato di approvazione tipo CE (D12-09-014), con protezione analitica anti-corrente d'aria. Campo di pesata 2100 g – divisione lettura di 0,1 g, dimensione di verifica di 0,1 g, pesata minima tipica secondo USP 12 g.

**Etichettatrice:** Stampante YDP30 a trasferimento termico diretto, collegata alla bilancia di precisione

**Pesata a campione:** si stabilisce di attuare le azioni di verifica su un campione giornaliero che va dalle 5 alle 20 pesate.

**CPSI:** Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

**TSLB:** Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico.

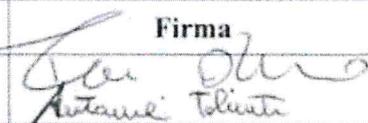
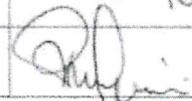
## 4. RESPONSABILITÀ

E' responsabilità del Direttore della Struttura Complessa di Farmacia garantire che le operazioni di verifica della qualità del prodotto vengano attuate secondo quanto stabilito.

E' responsabilità dei Dirigenti Farmacisti rendere attuativa la presente procedura.

E' responsabilità del CPSI e del TSLB che effettua l'operazione di pesata eseguire le operazioni indicate nella presente procedura.

## 5. FIRME

	Nome	Firma	Data
Autore	Dr.ssa Filomena D'Amico Dr.ssa Antonia Talenti	 Antonina Talenti	04/02/21
Revisore	Dr.ssa Clementina Resta	HC Resta	04/02/21
Approvatore	Dr.ssa Rossella Mosconi		04/02/21

 <p>Struttura Complessa <b>Farmacia Ospedaliera</b> Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

### INDICE

1.	SCOPO.....	1
2.	STORIA DELLE MODIFICHE .....	1
3.	DEFINIZIONI.....	1
4.	RESPONSABILITÀ .....	1
5.	FIRME .....	1
6.	INDICE .....	2
7.	AGGIORNAMENTO E DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA .....	3
8.	RIFERIMENTI NORMATIVI .....	3
9.	PESATA DEL PREPARATO PER CONTROLLO DI QUALITA'.....	3
9.1	Attività di ricognizione e attivazione delle bilance e delle etichettatrici .....	3
9.2	Piano di lavoro delle pesate giornaliere .....	3
10	ALLEGATI.....	5
	ALLEGATO 10.1: DATA-BASE PESATA GIORNALIERA .....	5
	ALLEGATO 10.2: FOGLIO DI RACCOLTA DATI DI PESATA GIORNALIERO.....	6
11	LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	7

 <p>Struttura Complessa <b>Farmacia Ospedaliera</b> Direttore Dr.ssa Rosa Mosconi</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
--	---	--

## 6. AGGIORNAMENTO E DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura deve essere aggiornata in caso di modifiche della Normativa di riferimento; una revisione periodica della procedura deve comunque essere svolta, con frequenza almeno triennale, dalla data dell'ultimo aggiornamento.

Il documento firmato in originale deve essere archiviato presso la Struttura Complessa di Farmacia del Presidio Ospedaliero Centrale della AUSL di Taranto.

Una copia conforme all'originale deve essere distribuita a ciascuna unità della Struttura Complessa di Farmacia ed alle Unità operative di Oncologia medica e di Ematologia della AUSL di Taranto; la sua distribuzione deve essere documentata all'interno della lista di distribuzione della procedura (Rif. Paragrafo n° 11)

In caso di aggiornamento della procedura, le copie superate devono essere distrutte; tutti gli originali, anche se superati, devono invece essere conservati.

## 7. RIFERIMENTI NORMATIVI

**Raccomandazione del Ministero della Salute n° 14 "Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici" del Ottobre 2012**

**NORME ISO 9001: 2015**

**Farmacopea Ufficiale Italiana XII edizione**

## 8. PESATA DEL PREPARATO PER CONTROLLO DI QUALITA'

Viene istituita la pesata a campione per effettuare il controllo di qualità sugli allestimenti prodotti sotto cappa dall'operatore addetto alla diluizione. Si tratta dell'unica modalità di controllo dei preparati manuali che possono essere soggetti a errore individuale. Per gli allestimenti robotizzati esiste, invece, una garanzia totale sulla qualità del prodotto, certificata già dalle ditte produttrici.

### 8.1 Attività di ricognizione e attivazione delle bilance e delle etichettatrici

Le due bilance e le due etichettatrici, collocate su un tavolino, all'interno della camera bianca, vengono attivate al mattino, contestualmente all'accensione delle cappe. E' necessario, infatti, un tempo di 30 minuti affinché le bilance raggiungano la temperatura di esercizio. Le bilance devono essere in posizione perfettamente orizzontale per garantire risultati affidabili e riproducibili. Per ottenere risultati precisi è necessario livellare le bilance ogni volta che si cambia il luogo di installazione e non appena compare LEVEL sul display, toccando il tasto "LEVEL".

### 8.2 Piano di lavoro delle pesate giornaliere

I Dirigenti Farmacisti preparano un piano di lavoro, impostato su un file Excel (all.1). Si tratta di un data base opportunamente predisposto che indica:

- il codice identificativo del farmaco da pesare,
- il volume in ml di farmaco prescritto,
- il peso in mg, ricavato dal volume corretto con i dati di densità del Farmaco,

 <p>Struttura Complessa <b>Farmacia Ospedaliera</b> Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p align="center"><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p align="center"><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

- il peso in gr della tara, ossia del flacone, siringa, sacca o elastomero utilizzato,
- il peso finale in gr ideale del preparato,
- il peso reale in gr del preparato,
- la variazione percentuale.

I dati di densità per ogni specialità medicinale sono stati raccolti e archiviati in formato elettronico nella cartella DENSITA' presente nella posta elettronica della U.O. (ufa@asl.taranto.it) e trasferiti come formula all'interno del data base di cui sopra, inserito nella cartella CONDIVISIONE, sotto-cartella DENSITA', fruibile da tutti i pc dell'UFA.

L'operatore addetto alla pesata (CPSI o TSLB), dopo aver avviato i dispositivi, prende in consegna il data-base ove sono indicati gli allestimenti da pesare. Ogni allestimento è correlato all'operatore che si occupa della diluizione, così come indicato in FS e al suo "servitore" (come da Procedura 13) indicato dal turno giornaliero. Una volta individuati i preparati da sottoporre a controllo viene effettuata la taratura sul contenitore pronto per essere allestito (completo dunque di deflussore ed etichetta, privato dell'aria in eccesso con l'ausilio dell'apposita valvola presente sul deflussore, avendo cura di occupare solo il piano di pesatura della bilancia) e il dato viene trasferito sul data-base in modo da ottenere il peso complessivo ideale del preparato. Dopo le operazioni di diluizione sotto-cappa, il preparato viene decontaminato e pesato in via definitiva. il risultato viene annotato sul data base in modo da procedere con il calcolo della variazione percentuale che, come da Farmacopea XII edizione, deve oscillare tra **-10% e +10%**. La bilancia è collegata all'etichettatrice e al termine di ogni operazione di pesata, l'etichetta prodotta, riferita a quel determinato codice identificativo, con apposti iniziali diluitore (**D.**) e iniziali servitore (**S.**), viene apposta sul *foglio di raccolta dati di pesata giornaliero* (all. 2). Qualora la pesata non rientri nel range di variazione percentuale individuato si avvia immediatamente un audit interno atto a verificare da dove provenga l'errore, al fine di poterlo correggere in tempo reale. Al termine della giornata lavorativa, l'operatore addetto alla pesata archivia il *foglio di raccolta dati di pesata giornaliero* nel fascicolo dei fogli di consegna e resi del giorno e invia a mezzo mail il foglio di lavoro del data-base, salvando il dato indicando il giorno in questione, che il Dirigente Farmacista archivia all'interno della cartella CONDIVISIONE (cartella DENSITA', sotto-cartella del MESE corrispondente).



Struttura Complessa  
Farmacia Ospedaliera  
Direttore Dr.ssa Rosa Moscojiuri

## PROCEDURA N. 23

### PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'

Emissione n° 01  
Del Febbraio 2021

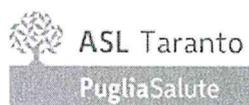
## 10 ALLEGATI

### ALLEGATO 10.1: DATA-BASE PESATA GIORNALIERA

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA C.F.-P.I. 0202690731 DIPARTIMENTO DEL FARMACO Direttore: Dott.ssa R. Moscojiuri Via Bruno, 74100 Taranto Tel. 099 45 85 137 <b>LABORATORIO MANIPOLAZIONE FARMACI ANTIBLASTICI</b>							
DESCRIZIONE PRODOTTO	DENSITA' (G/ML)	ML. PRESCRITTI	PESO FARMACO (G)	PESO FLACONE (G)	PESO FINALE IDEALE	PESO FINALE REALE	SCOSTAMENTO % PESO IDEALE/PESO REALE
ABRAXANE*5MG/ML FL100MG 50ML	1,0132		0	0	0	0	#DIV/0!
ADCETRIS 50MG	1,0300		0	0	0	0	#DIV/0!
ALKERAN FL 50 MG *****	1,0389		0	0	0	0	#DIV/0!
AVASTIN 25MG/ML X 16ML	1,0315		0	0	0	0	#DIV/0!
AVASTIN 25MG/ML X 4ML	1,0315		0	0	0	0	#DIV/0!
BENDAMUSTINA ACC. 2.5 MG/ML - 5FL DA 100 MG	0,9980		0	0	0	0	#DIV/0!
BENDAMUSTINA ACC. 2.5 MG/ML - 5FL DA 25 MG	0,9980		0	0	0	0	#DIV/0!
BLEOCEL 1FL 15MG			0	0	0	0	#DIV/0!
BLEOPRIM (BLEOMICINA*INIECT. 1 F 15	1,0072		0	0	0	0	#DIV/0!
BLINCYTO*38,5 MCG IV 1 FL	1,0000		0	0	0	0	#DIV/0!
BORTEZOMIB EG*2,5MG/ML 1FL	1,0140		0	0	0	0	#DIV/0!
BUSULFAN ACC. CONC. 6MG/ML 8 FL 10ML	1,0670		0	0	0	0	#DIV/0!
BUSULFAN FKO *CONC. 6MG/ML 8 FL 10ML	1,0600		0	0	0	0	#DIV/0!
CABLIVI*10MG 1FL + ISIR. 1ML			0	0	0	0	#DIV/0!
CAELYX*10ML FL 2MG/ML	1,0300		0	0	0	0	#DIV/0!
CARBOPLATINO 2,700 MG in 270 ml	1,0100		0	0	0	0	#DIV/0!
CARBOPLATINO AHCL*10MG/ML 60ML	1,0000		0	0	0	0	#DIV/0!
CICLOFOSFAMIDE 5000MG IN NACL 0,9% 250ML			0	0	0	0	#DIV/0!
CISPLATINO 400MG in NACL 0,9% 400ML	1,0060		0	0	0	0	#DIV/0!
CISPLATINO ACC*1MG/ML 50ML	1,0000		0	0	0	0	#DIV/0!
CITARABINA ACC*100MG/ML FL20ML	1,0500		0	0	0	0	#DIV/0!
CITARABINA ACC 100MG/ML 5FL 5ML	1,0500		0	0	0	0	#DIV/0!
CITARABINA ACC*100MG/ML FL10ML	1,0500		0	0	0	0	#DIV/0!
CITARABINA HIK*1M5FL 100MG/ML	1,0100		0	0	0	0	#DIV/0!
CYRAMZA*1V 10MG/ML FL 10ML	1,0060		0	0	0	0	#DIV/0!
CYRAMZA*1V 10MG/ML FL 50ML	1,0060		0	0	0	0	#DIV/0!
DACARBAZINA MEDAC 10FL 100MG	1,0068		0	0	0	0	#DIV/0!
DACARBAZINA MPH*1000MG 1FL	1,0138		0	0	0	0	#DIV/0!

 <p><i>Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Direttore Dr.ssa Rosa Mosconi</i></p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
--	---	--

**ALLEGATO 10.2: FOGLIO DI RACCOLTA DATI DI PESATA GIORNALIERO**



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE - REGIONE PUGLIA  
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE TA  
C.F.-P.I. 02026690731

**DIPARTIMENTO DEL FARMACO**

Direttore: Dott.ssa R. Mosconi  
Via Bruno, 74100 Taranto Tel. 099 45 85 137

**LABORATORIO MANIPOLAZIONE FARMACI ANTIBLASTICI**

**FOGLIO DI RACCOLTA DATI DI PESATA GIORNALIERO**

Operatore: \_\_\_\_\_

data \_\_/\_\_/\_\_

 <p>Struttura Complessa <b>Farmacia Ospedaliera</b> Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 23</u></b></p> <p><b>PESATA DEGLI ALLESTIMENTI PER CONTROLLO DELLA QUALITA'</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

### 11 LISTA DI DISTRIBUZIONE

DOCUMENTO	VERSIONE	DISTRIBUZIONE		DATA DI DISTRIBUZIONE
Procedura n° 23	Febbraio 2021	Originale	Struttura Complessa di Farmacia del Presidio Ospedaliero Centrale	
Procedura n° 23	Febbraio 2021	Copia controllata n° 1	UFA dell'Ospedale Moscati	
Procedura n° 23	Febbraio 2021	Copia controllata n° 2	Unità operativa di Ematologia dell'Ospedale Moscati	
Procedura n° 23	Febbraio 2021	Copia controllata n° 3	Unità operativa di Oncologia dell'Ospedale Moscati	

 <p>ASL Taranto PugliaSalute Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b> <b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	--	--

## 1. SCOPO

Scopo della procedura è definire i principi e le regole per la gestione della conservazione dei flaconi di farmaco aperti e perforati. E' importante, al fine di ottimizzare gli sfridi e le risorse, utilizzare i flaconi di farmaco completamente, senza eliminare i residui a fine ciclo lavorativo, conservandoli opportunamente laddove le caratteristiche chimico-fisiche degli stessi lo consentano.

## 2. STORIA DELLE MODIFICHE

Prima emissione della procedura.

## 3. DEFINIZIONI

**CTA:** Farmaci chemioterapici antitumorali.

**CPSI:** Collaboratore Professionale Sanitario Infermiere.

**TSLB:** Tecnico Sanitario di Laboratorio Biomedico.

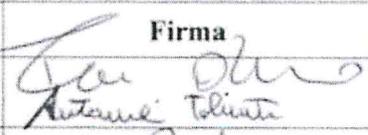
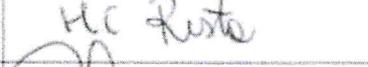
## 4. RESPONSABILITÀ

E' responsabilità del Direttore della Struttura Complessa di Farmacia garantire che le operazioni di conservazione dei farmaci vengano attuate secondo quanto stabilito.

E' responsabilità dei Dirigenti Farmacisti rendere attuativa la presente procedura.

E' responsabilità del CPSI e del TSLB che effettua la diluizione e dei propri assistenti di cappa, conservare i flaconi aperti attenendosi alla presente procedura.

## 5. FIRME

	Nome	Firma	Data
<b>Autore</b>	Dr.ssa Filomena D'Amico Dr.ssa Antonia Talenti		04/02/21
<b>Revisore</b>	Dr.ssa Clementina Resta		04/02/21
<b>Approvatore</b>	Dr.ssa Rossella Moscogiuri		04/02/21

 <p><b>ASL Taranto</b>  <b>PugliaSalute</b>  <i>Struttura Complessa</i>  <b>Farmacia Ospedaliera</b>  <i>Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</i></p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b></p> <p><b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01  Del Febbraio  2021</p>
--	---	--

**INDICE**

1.	SCOPO.....	1
2.	STORIA DELLE MODIFICHE .....	1
3.	DEFINIZIONI.....	1
4.	RESPONSABILITÀ .....	1
5.	FIRME .....	1
6.	INDICE .....	2
7.	AGGIORNAMENTO E DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA.....	3
8.	RIFERIMENTI NORMATIVI .....	3
9.	CONSERVAZIONE FLACONI APERTI.....	3
9.1	Attività di manipolazione dei flaconi sotto cappa.....	3
9.2	Modalità di conservazione dei flaconi.....	3
10	ALLEGATI.....	5
	ALLEGATO 10.1: TABELLA STABILITA' FLACONI DA CONSERVARE A TEMPERATURA 2-8°C.....	5
	ALLEGATO 10.2: TABELLA STABILITA' FLACONI DA CONSERVARE A TEMPERATURA INFERIORE A 25°C .....	6
11	LISTA DI DISTRIBUZIONE.....	7

 <p>ASL Taranto PugliaSalute Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b></p> <p><b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

## 6. AGGIORNAMENTO E DISTRIBUZIONE DELLA PROCEDURA

La procedura deve essere aggiornata in caso di modifiche della Normativa di riferimento; una revisione periodica della procedura deve comunque essere svolta, con frequenza almeno triennale, dalla data dell'ultimo aggiornamento.

Il documento firmato in originale deve essere archiviato presso la Struttura Complessa di Farmacia del Presidio Ospedaliero Centrale della AUSL di Taranto.

Una copia conforme all'originale deve essere distribuita a ciascuna unità della Struttura Complessa di Farmacia ed alle Unità operative di Oncologia medica e di Ematologia della AUSL di Taranto; la sua distribuzione deve essere documentata all'interno della lista di distribuzione della procedura (Rif. Paragrafo n° 11)

In caso di aggiornamento della procedura, le copie superate devono essere distrutte; tutti gli originali, anche se superati, devono invece essere conservati.

## 7. RIFERIMENTI NORMATIVI

**Raccomandazione del Ministero della Salute n° 14 “Raccomandazione per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici” dell’ Ottobre 2012**

**NORME ISO 9001: 2015**

**Test barriera microbica DASA (perforatori)**

## 8. CONSERVAZIONE FLACONI APERTI

Ogni giorno vengono utilizzati numerosi flaconi di farmaci per l'allestimento delle terapie oncoematologiche personalizzate. Tutti i flaconi vengono perforati sotto cappa durante le operazioni di diluizione, utilizzando idonei spike luer-lock che assicurano una barriera microbica che non consente alcuna contaminazione da parte di agenti esterni. L'utilizzo degli stessi in un ambiente sterile di classe A, consente di classificare le operazioni come microbiologicamente controllate e di poter valutare esclusivamente la stabilità chimico-fisica del farmaco perforato.

### 8.1 Attività di manipolazione dei flaconi sotto cappa

Tutti i flaconi di farmaco che vengono trasferiti sotto cappa per le operazioni di ricostituzione e diluizione, secondo quanto previsto dalla Procedura aziendale nr 13, vengono completamente depolverati e ripuliti con una garza imbevuta di alcool dall'assistente di cappa. Il diluitore effettuerà una seconda operazione di disinfezione del flacone, in particolare sul collo dello stesso su cui è posta la gomma auto-sigillante. Il perforatore utilizzato garantisce una barriera microbica, sperimentata fino a 168 cicli di attivazione. Il diluitore, effettua le operazioni di prelievo del farmaco accertandosi che non penetri aria all'interno del flacone, sostituendo la siringa qualora nella stessa sia presente aria.

### 8.2 Modalità di conservazione

Una volta perforato il flacone i CPSI e TSLB si atterranno alle modalità di conservazione indicate nelle griglie allegate alla presente procedura in cui vengono distinti i farmaci a seconda che si tratti di soluzione pronta o da ricostituire. Prima di essere conservati e dunque portati fuori dall'ambiente

 <p>ASL Taranto <b>PugliaSalute</b> <i>Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera</i> Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p style="text-align: center;"><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b></p> <p style="text-align: center;"><b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
---	---	--

di classe A, i flaconi perforati verranno disinfettati con una garzina imbevuta di alcool e verrà apposto il tappino, anch'esso disinfettato, sul perforatore. I flaconi vengono conservati a fine ciclo lavorativo o immediatamente dopo l'utilizzo, a seconda di quanto indicato in tabella, all'interno di RAC opportunamente predisposte.

 <p><b>ASL Taranto</b> <b>PugliaSalute</b> Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera Direttore Dr.ssa Rosa Mosconi</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b></p> <p><b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
--	---	--

## 10 ALLEGATI

### ALLEGATO 10.1: TABELLA STABILITA' FLACONI SOLUZIONE PRONTA:

	A	B	C	D	E	F
	<b>72H NO FRIGO</b>	<b>72H FRIGO</b>	<b>72H FRIGO</b>	<b>96H FRIGO</b>	<b>120H+ NO FRIGO</b>	<b>120H+ FRIGO</b>
1	DOCETAXEL HIK (fotoprotetto)	AVASTIN (fotoprotetto)	IMFINZI (fotoprotetto)	BUSULFAN FKO (fotoprotetto)	CARBOPLATINO ACCORD (non fotoprotetto)	HALAVEN EV (fotoprotetto)
2		BORTEZOMIB (fotoprotetto)	KEYTRUDA (fotoprotetto)		CISPLATINO ACCORD (non fotoprotetto)	NAVELBINE (fotoprotetto)
3	ETOPOSIDE TEVA (fotoprotetto)					
4	METOTRESSATO TEVA (fotoprotetto)	BUSULFAN ACCORD (non fotoprotetto)	MVASI (fotoprotetto)		CITARABINA ACCORD tutte le dosi (non fotoprotetto)	
5	TRISENOX (non fotoprotetto)	CAELYX (non fotoprotetto)	SOD LEVOF MPH (fotoprotetto)		ETOPOSIDE ACCORD (non fotoprotetto)	
6		CYRAMZA (fotoprotetto)	TRUXIMA (fotoprotetto)		FLUOROURACILE ACCORD (fotoprotetto)	
7		DARZALEX (fotoprotetto)	VECTIBIX (fotoprotetto)		IRINOTECAN ACCORD (non fotoprotetto)	
8		ERBITUX (non fotoprotetto)	VINBLASTINA TEVA (fotoprotetto)		OXALIPLATINO ACCORD (non fotoprotetto)	
9		FARMORUBICI NA SOLUZIONE PRONTA (non fotoprotetto)	VINCRISTINA TEVA (fotoprotetto)		PACLITAXEL (TUTTE LE DITTE) (fotoprotetto)	
10		FLUDARABINA TEVA (non fotoprotetto)	ZALTRAP (fotoprotetto)		ZIRABEV (fotoprotetto)	
11		GAZYVARO (fotoprotetto)	ZAVEDOS (fotoprotetto)			



ASL Taranto

PugliaSalute

Struttura Complessa  
Farmacia Ospedaliera  
Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri

**PROCEDURA N. 26****CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI**

Emissione n° 01  
Del Febbraio  
2021

**ALLEGATO 10.2: TABELLA STABILITA' FLACONI RICOSTITUITI:**

	B	C	D	F	H	L
	24H NO FRIGO	24H FRIGO	30H FRIGO	48H FRIGO	72H FRIGO	120H+ FRIGO
1	BLEOPRIM (non fotoprotetto)	ADCETRIS (fotoprotetto)	YONDELIS (non fotoprotetto)	FARMORUBICINA POLVERE (fotoprotetto)	DACARBAZINA MEDAC 100MG (fotoprotetto)	MYOCET (non fotoprotetto)
2		BLINCYTO (fotoprotetto)		DAUNOBLASTINA (fotoprotetto)	DACARBAZINA MEDAC 1000MG (fotoprotetto)	ONTRUZANT (non fotoprotetto)
3		HOLOXAN (non fotoprotetto)			MUPHORAN (fotoprotetto)	TRAZIMERA (fotoprotetto)
4		JEVTANA (non fotoprotetto)				
5		KADCYLA (non fotoprotetto)				
6		KYPROLIS (fotoprotetto)				
7		TOMUDEX (non fotoprotetto)				
8						

 <p><b>ASL Taranto</b> <b>PugliaSalute</b> <i>Struttura Complessa Farmacia Ospedaliera</i> Direttore Dr.ssa Rosa Moscogiuri</p>	<p><b><u>PROCEDURA N. 26</u></b> <b>CONSERVAZIONE DEI FLACONI APERTI</b></p>	<p>Emissione n° 01 Del Febbraio 2021</p>
--	--	--

**11 LISTA DI DISTRIBUZIONE**

DOCUMENTO	VERSIONE	DISTRIBUZIONE		DATA DI DISTRIBUZIONE
Procedura n° 26	Febbraio 2021	Originale	Struttura Complessa di Farmacia del Presidio Ospedaliero Centrale	
Procedura n° 26	Febbraio 2021	Copia controllata n° 1	UFA dell'Ospedale Moscati	
Procedura n° 26	Febbraio 2021	Copia controllata n° 2	Unità operativa di Ematologia dell'Ospedale Moscati	
Procedura n° 26	Febbraio 2021	Copia controllata n° 3	Unità operativa di Oncologia dell'Ospedale Moscati	