



Dipartimento: _____

UOC: _____

Data: ____ / ____ / ____

Partecipanti: _____

Osservazioni iniziali:

CHECK LIST SETTORI SOGGETTI ALL'ISPEZIONE	SI/NO	NOTE
Farmaci: formulazione orale e topica		
Farmaci: formulazione parenterale		
Disinfettanti, Antisettici		
Prodotti chimici		
Soluzioni infusionali		
Soluzioni elettrolitiche concentrate		
Stupefacenti		
Diagnostici		
Prodotti a temperatura controllata		
Gas Medicinali		
NPT/NE		
Dispositivi medici e prodotti per la medicazione		
Carrello per l'emergenza		In tal caso fare riferimento alla POG17
Carrello della terapia		
Deposito scorte		



1.LOCALI ED ARREDI PER LA CONSERVAZIONE FARMACI	SI/NO	NOTE
Lo spazio è adeguato alla conservazione/stoccaggio dei materiali?		
Il locale è pulito?		
Il locale è ordinato?		
Il locale/armadio è posto lontano da sorgenti di luce diretta, fonti di calore e umidità?		
Il locale è accessibile ai non addetti?		
Gli arredi sono funzionali per gli operatori?		
Gli arredi sono puliti?		
I frigorifero è in buono stato?		
È presente un sistema di rilevazione con relativa registrazione della temperatura del frigorifero (2-8°C)?		
Viene tenuto un archivio cartaceo o informatizzato delle registrazioni?		
Nei frigoriferi sono conservati solo prodotti sanitari?		
Il congelatore è in buono stato?		



2.FARMACI	SI/NO	NOTE
Sono conservati in armadio dedicato?		
Sono conservati in modo ordinato e definito?		
Sono conservati correttamente nelle confezioni originali?		
La scorta è adeguata alle esigenze del reparto? *		*Se NO, indicare lo stato della scorta
I farmaci che richiedono un'adeguata temperatura di conservazione sono tenuti in frigorifero/congelatore?		
Il controllo mensile delle scadenze viene eseguito regolarmente? (specificare le modalità)		
E' presente e posta in evidenza nella zona di conservazione dei prodotti sanitari la scheda di auto-ispezione con l'elenco di quelli prossimi alla scadenza?		
La disposizione nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?		
I farmaci in flaconi multi dose (colliri, farmaci ricostituiti) riportano: data di apertura, data limite di utilizzo?		
Sono presenti farmaci scaduti?		
Sono state adottate modalità di conservazione idonee a evitare la confusione di confezionamenti/nomi simili? *		*Se SI, quali?
Sono presenti campioni di medicinali?		
I farmaci in sperimentazione clinica sono conservati separatamente sia a temperatura ambiente che in frigo?		
I farmaci provenienti dalla terapia domiciliare dei pazienti sono separati dagli altri e debitamente etichettati?		
Sono presenti farmaci sottoposti a REVOCHE/SEQUESTRO?		

3.NUTRIZIONE PARENTERALE, ENTERALE	SI/NO	NOTE
Sono conservate secondo le modalità descritte dall'etichetta?		
Le etichette sono complete e mantenute integre?		
La nutrizione enterale è debitamente etichettata (nome del paziente e data di inizio)?		
Vi sono prodotti galenici scaduti e/o avariati? *		*Se SI, fare riferimento all'apposita tabella



4. APPROVIGIONAMENTO E DETENZIONE SOLUZIONI CONTENENTI POTASSIO (Vedi POG18)	SI/NO	NOTE
Le soluzioni concentrate di KCl e le altre soluzioni ad elevato contenuto di K per uso endovenoso sono conservate separate da altri farmaci, in armadi chiusi ed in contenitori che rechino la segnalazione di allarme?		
La richiesta di scorta del farmaco avviene mediante apposita procedura informatizzata avendo cura di limitare la giacenza in reparto allo stretto necessario?		
Le strutture non autorizzate alla conservazione effettuano la richiesta mediante apposita procedura informatica associando il nominativo del paziente?		

FARMACI SCADUTI (SE PRESENTI)		
Descrizione prodotto	Quantità	Data di scadenza

N.B. Non inserire farmaci stupefacenti scaduti



5. GESTIONE FARMACI STUPEFACENTI (*DPR 309/1990 legge nr. 38 del 15/03/2010)	SI/NO	NOTE
L'armadio è tenuto in ordine e chiuso a chiave?		
È adeguato alle scorte di reparto?		
La chiave dell'armadio è conservata da personale autorizzato?		
I farmaci stupefacenti sono conservati nell'apposito armadio chiuso a chiave?		
Nell'armadio sono presenti altri farmaci?*		*Se SI, quali?
È presente ed in evidenza un elenco degli stupefacenti in scadenza nel mese?		
Sono presenti farmaci scaduti? *(riportarli in apposita tabella)		

5.1. BOLLETTARI DI APPROVVIGIONAMENTO E DI RESE	SI/NO	NOTE
I blocchi di approvvigionamento e di rese sono conservati in cassaforte armadio chiuso a chiave?		
I moduli sono compilati in modo ordinato senza cancellature inappropriate?		
Le eventuali correzioni sono leggibili, effettuate senza vernici coprenti e controfirmate?		

5.2. REGISTRO CARICO E SCARICO FARMACI STUPEFACENTI	SI/NO	NOTE
Il Registro di carico e scarico è conservato in armadio chiuso a chiave?		
Il Registro di carico e scarico è conservato accuratamente dal caposala dell'Unita Operativa?		
Il Registro di carico e scarico è intestato?		
Le pagine del Registro di carico e scarico sono vidimate una ad una dal Direttore Sanitario o da un suo delegato?		
Ogni pagina è intestata a una sola sostanza o preparazione, forma farmaceutica e dosaggio?		
Si riporta l'unità di misura adottata per le movimentazioni?		
Le registrazioni sono effettuate cronologicamente in un'unica progressione numerica ed entro le 24 ore?		
Dopo ogni movimentazione è registrata la giacenza?		
Il registro è compilato con mezzo indelebile?		
È presente la firma di chi esegue le movimentazioni?		



5.2. REGISTRO CARICO E SCARICO FARMACI STUPEFACENTI	SI/NO	NOTE
Nelle registrazioni è indicato: - il numero progressivo della registrazione; - giorno, mese e anno della registrazione; - la quantità caricata o scaricata		
Le eventuali correzioni presenti sono leggibili, effettuate senza abrasioni e senza l'impiego di vernici coprenti e sono controfirmate?		
Sono presenti lacune (righe vuote in una stessa pagina oppure pagine bianche intercalate a pagine debitamente utilizzate)?		
Nello scarico sono riportate le generalità del paziente ed il numero di cartella clinica?		
Sono riportate nelle note le registrazioni per uso parziale, rottura di una fiala o prestiti da altri reparti?		
Se non viene somministrata la fiala intera viene scaricata l'unità e si specifica quantità di farmaco somministrata?		
Nel caso di perdita accidentale o di rottura di una fiala sono disponibili i verbali?		
Nelle movimentazioni di carico/ scarico e riportato il numero del modulo di approvvigionamento/restituzione?		
A fondo pagina di ogni modulo è riportato il n° di pagina dove prosegue la registrazione?		
A fondo pagina di ogni modulo è riportata la firma del Direttore dell'Unità Operativa		
Le giacenze contabili corrispondono a quelle reali?		
Se vi sono stupefacenti scaduti, sono ancora caricati nel registro?		
I moduli sono compilati in modo ordinato senza cancellature inappropriate?		
Viene effettuata la conta degli stupefacenti? *		*Con quale frequenza?

FARMACI STUPEFACENTI SCADUTI (SE PRESENTI)		
Descrizione prodotto	Quantità	Data di scadenza



6. LOCALI ED ARREDI PER LA CONSERVAZIONE DISPOSITIVI MEDICI	SI/NO	NOTE
Lo spazio è adeguato alla conservazione/stoccaggio dei materiali?		
Il locale è pulito?		
Il locale è ordinato?		
Il locale/armadio è posto lontano da sorgenti di luce diretta, fonti di calore e umidità?		
Il locale è accessibile ai non addetti?		
Gli arredi sono funzionali per gli operatori?		
Gli arredi sono puliti?		
Il frigorifero è in buono stato?		
E' presente un sistema di rilevazione con relativa registrazione della temperatura nel frigorifero(4-8°C)?		
Viene tenuto un archivio cartaceo o informatizzato delle registrazioni?		
Nei frigoriferi sono conservati solo prodotti sanitari?		
Il congelatore è in buono stato?		

6.1 DISPOSITIVI	SI/NO	NOTE
Sono conservati in armadio dedicato?		
Sono conservati in modo ordinato e definito?		
Sono conservati correttamente nelle confezioni originali?		
La scorta è adeguata alle esigenze del reparto?*		
I dispositivi che richiedono un'adeguata temperatura di conservazione sono tenuti in frigorifero/congelatore?		
Il controllo mensile delle scadenze viene eseguito regolarmente? (specificare le modalità)		
La disposizione nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?		
Sono presenti dispositivi scaduti?		
Sono state adottate modalità di conservazione idonee a evitare la confusione di confezionamenti/nomi simili?*		
Sono presenti campioni?		
Sono presenti dispositivi sottoposti a REVOCHE/SEQUESTRO?		

DISPOSITIVI MEDICI SCADUTI (SE PRESENTI)		
Descrizione prodotto	Quantità	Data di scadenza



7. SOSTANZE TOSSICHE, NOCIVE E INFIAMMABILI	SI/NO	NOTE
Vi sono sostanze classificabili come tossiche o nocive?		
Se "Si", sono conservate in luogo idoneo e distinto?		
Sono a disposizione le schede di sicurezza di tali prodotti?		
Le sostanze infiammabili sono conservate in luoghi non esposti a fonti di calore diretto		

Firma del Farmacista _____

Firma del Medico _____

Firma Coordinatore infermiere presente all'ispezione _____