

	REGIONE LAZIO AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE RIETI Direttore UOC Farmacia Ospedaliera e Territoriale Dott.ssa E. Giordani	
	CHECK LIST AUDIT ARMADI FARMACEUTICI UU.OO.	Allegato n. 1 Procedura Audit Armadio Farmaceutico di Reparto rev. 0 del 22/02/2017 Pag. 1 di 11

U.O.: _____ **DATA** _____

PARTECIPANTI ALL'AUDIT:

OSSERVAZIONI INIZIALI

CONDIZIONI DI CONSERVAZIONE:

		NOTE
1. Gli armadi e gli scaffali sono puliti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. I farmaci sono conservati nel rispetto delle temperature di conservazione previste?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. I medicinali e i dispositivi medici sono conservati nelle confezioni originarie?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. I farmaci in confezione multidose riportano la data di apertura e la data limite di utilizzazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. I prodotti infiammabili sono conservati in luogo idoneo separati dagli altri prodotti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. La giacenza degli stupefacenti sul registro carico-scarico corrisponde alla giacenza reale?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Sono presenti nell'armadio farmaceutico e/o carrello di terapia campioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. Sono presenti nell'armadio farmaceutico e/o carrello di terapia prodotti in sperimentazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

CONTROLLO SCADENZE:

- I prodotti con scadenza più prossima sono evidenziati e posti davanti a quelli con scadenza più lontana?
- Sono presenti prodotti in scadenza nel mese successivo?

FARMACI SCADUTI (se presenti):

DESCRIZIONE PRODOTTO Farmaci* e Materiale sanitario	QUANTITÀ	DATA DI SCADENZA

*NB Non inserire gli stupefacenti.

CK-LIST SETTORI ESAMINATI:

1. Farmaci: formulazione orale e topica	<input type="checkbox"/>
2. Farmaci: formulazione parenterale	<input type="checkbox"/>
3. Disinfettanti, Antisettici	<input type="checkbox"/>
4. Prodotti chimici	<input type="checkbox"/>
5. Soluzioni infusionali	<input type="checkbox"/>
6. Soluzioni elettrolitiche concentrate	<input type="checkbox"/>
7. Stupefacenti	<input type="checkbox"/>
8. Diagnostici	<input type="checkbox"/>
9. Prodotti in frigorifero	<input type="checkbox"/>
10. Gas Medicinali	<input type="checkbox"/>
11. NPT	<input type="checkbox"/>
12. NE	<input type="checkbox"/>
13. Antiblastici: sacche pronte	<input type="checkbox"/>
14. Latti per l'infanzia	<input type="checkbox"/>
15. Dispositivi medici e prodotti per la medicazione	<input type="checkbox"/>
16. Carrello per l'emergenza	<input type="checkbox"/>
17. Carrello della terapia	<input type="checkbox"/>
18. Deposito scorte	<input type="checkbox"/>

Firma di chi ha effettuato il controllo

Firma del Coordinatore

LOCALI ED ARREDI PER LA CONSERVAZIONE FARMACI

Data _____ Ora _____

		NOTE
1. Lo spazio e adeguato alla conservazione/stoccaggio dei materiali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Il locale e pulito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Il locale e ordinato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Il locale/armadio e posto lontano da sorgenti di luce diretta, fonti di calore e umidita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Il locale e accessibile ai non addetti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. Gli arredi sono funzionali per gli operatori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Gli arredi sono puliti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. Il frigorifero e in buono stato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. E presente un sistema di rilevazione della temperatura nel frigorifero(4-8°C)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. Viene effettuata una registrazione giornaliera della temperatura di esercizio del frigorifero?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Viene tenuto un archivio cartaceo o informatizzato delle registrazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
12. Nei frigoriferi sono conservati solo prodotti sanitari?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
13. Il congelatore e in buono stato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Altre segnalazioni:

FARMACI

		NOTE
1. Sono conservate in armadio dedicato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Sono conservate in modo ordinato e definito?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Sono conservati correttamente nelle confezioni originali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. La scorta è adeguata alle esigenze del reparto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Se NO è eccessiva, abbondante o scarsa?		
6. I farmaci che richiedono un'adeguata temperatura di conservazione sono tenuti in frigorifero/congelatore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Il controllo mensile delle scadenze viene eseguito regolarmente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. È presente e posta in evidenza nella zona di conservazione dei prodotti sanitari la scheda di autoispezione con l'elenco di quelli prossimi alla scadenza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. La disposizione nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. I farmaci in flaconi multidose (colliri, farmaci ricostituiti) riportano: data di apertura, data limite di utilizzo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. Sono presenti farmaci scaduti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Sono state adottate modalità di conservazione idonee a evitare	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
12. il confondimento di confezionamenti/nomi simili?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
13. Se sì, quali?		
14. I campioni medicinali sono conservati separatamente dai farmaci	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
15. I farmaci in sperimentazione clinica sono conservati separatamente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
16. I farmaci provenienti dalla terapia domiciliare dei pazienti sono separati dagli altri e debitamente etichettati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17. Sono presenti farmaci sottoposti a REVOCHE/SEQUESTRO?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
18. Sono assenti i farmaci personali di pazienti già dimessi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Altre segnalazioni:

FARMACI SCADUTI (se presenti):

DESCRIZIONE PRODOTTO Farmaci* e Materiale sanitario	QUANTITÀ	DATA DI SCADENZA

*NB Non inserire gli stupefacenti.

FARMACI AD ALTO LIVELLO DI ATTENZIONE (FALA) O AD ALTO RISCHIO

		NOTE
SOLUZIONI CONCENTRATE DI POTASSIO (es. sodio, calcio, magnesio)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1. Le fiale di Potassio concentrato (cloruro, fosfato, aspartato) sono conservate separatamente, in contenitori con evidenziazione del rischio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Il potassio cloruro è conservato in armadio/cassetto chiuso a chiave e separato dagli altri elettroliti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Le fiale concentrate dei sali di sodio (2-3 mEq/ml), calcio cloruro o gluconato (6 -10-%) magnesio solfato 10%, sono separate dal resto del fialettaggio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. È stato messo in atto un sistema di evidenziazione o di riconoscimento sicuro (" <u>Diluire prima della somministrazione: mortale se infuso non diluito?</u> ")	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Nel caso di U.O. non autorizzata alla conservazione, è presente in giacenza del Potassio Cloruro concentrato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. Sono presenti le liste di farmaci LASA/FALA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Le liste di farmaci LASA/FALA vengono aggiornate periodicamente?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. Le liste vengono elaborate in collaborazione con la Farmacia ospedaliera e con la Funzione aziendale del Rischio clinico e/o la Direzione Sanitaria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. I farmaci LASA/FALA sono adeguatamente segnalati attraverso "allerte", contrassegni supplementari e/o codici colore per i farmaci LASA/FALA?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. Se presente una lista delle abbreviazioni e degli acronimi è stata concordata con la Farmacia ospedaliera, Funzione aziendale del Rischio clinico e Direzione Sanitaria?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
All'atto della dimissione, vengono fornite ai pazienti informazioni scritte che riguardano le indicazioni, le modalità di assunzione e conservazione ed eventuali	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

interazioni?		
--------------	--	--

Altre segnalazioni:

**FARMACI ANTIBLASTICI INIETTABILI
(se l'U.O. utilizza farmaci antiblastici)**

		NOTE
1. Sono presenti Farmaci Antineoplastici iniettabili o farmaci citotossici non antineoplastici non allestiti dalla Farmacia? *	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Sono conservati in maniera tale da garantire l'identificazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

* Secondo le disposizioni aziendali.

Altre segnalazioni:

NUTRIZIONE PARENTERALE, ENTERALE e FARMACI GALENICI

		NOTE
1. Sono conservati secondo le modalita indicate sull'etichetta?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. I contenitori sono integri e sono conservati maniera idonea?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Le etichette sono complete e mantenute integre?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Vi sono prodotti galenici scaduti e/o avariati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Se Si, quali?		
6. La nutrizione enterale e debitamente etichettata (nome del paziente e data di inizio?)	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Altre segnalazioni:

SOSTANZE TOSSICHE, NOCIVE E INFIAMMABILI

		NOTE
1. Vi sono sostanze classificabili come tossiche o nocive?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Se Si, sono conservate in luogo idoneo e distinto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Sono a disposizione le schede di sicurezza di tali prodotti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Le sostanze infiammabili sono conservate in luoghi non esposti a fonti di calore diretto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Il volume totale dei liquidi infiammabili, conservati nello stesso locale, supera i 5 litri?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Altre segnalazioni:

MATERIALE DI MEDICAZIONE

		NOTE
1. Il locale e/o il mezzo utilizzato per il trasporto sono mantenuti puliti e ordinati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Il materiale è conservato in modo ordinato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Il carrello delle medicazioni è mantenuto ordinato, con i contenitori chiusi?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. L'igiene e/o la sterilità del materiale sono garantite?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Vi sono prodotti o farmaci sconfezionati che possono dar corso ad errori?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. Se sì, quali?		
7. Lotto e data di scadenza sono evidenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. La disposizione nella scaffalatura/nell'armadio rispetta la priorità d'uso (frequenza di utilizzo e data di scadenza)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. È presente ed in evidenza un elenco dei prodotti in scadenza nel mese?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. Vi sono prodotti scaduti e/o avariati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Se Sì, quali?		

Altre segnalazioni:

DISPOSITIVI MEDICI-PRESIDI MEDICO CHIRURGICI

		NOTE
1. La disposizione dei dispositivi/presidi e definita e rispettata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Sono conservati in modo ordinato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. La scorta e adeguata alle esigenze del reparto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

Altre segnalazioni:

Firma del Farmacista o di un suo delegato

.....

Firma Coordinatore\infermiere presente all'Audit

.....

GESTIONE STUPEFACENTI

Data _____ Ora _____

STRUTTURA _____

DIRETTORE/RESPONSABILE MEDICO _____

COORDINATORE/RESPONSABILE INFERMIERISTICO _____

PRESENTE ALL'ISPEZIONE: _____

Qualifica _____

ARMADIO CHIUSO A CHIAVE

		NOTE
1. La cassaforte e tenuta in ordine e pulita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. La cassaforte e adeguata alle scorte di reparto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. La cassaforte e tenuta chiusa a chiave?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. La chiave della cassaforte e prontamente disponibile in caso di necessita?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. La chiave della cassaforte e conservata da personale autorizzato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

FARMACI

		NOTE
1. I farmaci stupefacenti sono conservati in armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Nella cassaforte sono presenti altri farmaci?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2.1 Se si, quali:	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. E presente ed in evidenza un elenco degli stupefacenti in scadenza nel mese?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. I medicinali sono conservati nelle relative confezioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Sono ben visibili le scadenze sulle confezioni senza coperture da nastri o scritte?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. Sono presenti farmaci scaduti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6.1 Se presenti sono conservati separati, in confezione sigillata ed e ben evidenziato il divieto di utilizzo?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Sono presenti in reparto Stupefacenti derubricati?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

BOLLETTARI DI APPROVVIGIONAMENTO E DI RESO

		NOTE
1. I blocchi di approvvigionamento e di reso sono conservati in cassaforte armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
1.1 Se no, sono allocati:		
2. I moduli sono compilati in modo ordinato senza cancellature inappropriate?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Nei moduli è annotata la pagina di carico/scarico del registro di reparto?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Sono presenti i precedenti registri relativi ai movimenti degli ultimi due anni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Le eventuali correzioni sono leggibili, effettuate senza vernici coprenti e controfirmate?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. A fine pagina è riportato il numero della pagina del registro di reparto nella quale risulta fatto carico/scarico?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

REGISTRO DI CARICO E SCARICO

		NOTE
1. Il Registro di carico e scarico è conservato in armadio chiuso a chiave?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
2. Il Registro di carico e scarico è conservato accuratamente dal caposala dell'Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
3. Il Registro di carico e scarico è intestato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
4. Le pagine del Registro di carico e scarico sono vidimate una ad una dal Direttore Sanitario o da un suo delegato?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
5. Ogni pagina è intestata a una sola sostanza o preparazione, forma farmaceutica e dosaggio?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
6. Si riporta l'unità di misura adottata per le movimentazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
7. Le registrazioni sono effettuate cronologicamente in un'unica progressione numerica ed entro le 24 ore?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
8. Dopo ogni movimentazione è registrata la giacenza?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
9. Il registro è compilato con mezzo indelebile?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
10. È presente la firma di chi esegue le movimentazioni?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
11. Nelle registrazioni è indicato: <ul style="list-style-type: none"> - il numero progressivo della registrazione; - giorno, mese e anno della registrazione; - la quantità caricata o scaricata 	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
12. Le eventuali correzioni presenti sono leggibili, effettuate senza abrasioni e senza l'impiego di	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	

vernici coprenti e sono controfirmate?		
13. Sono presenti lacune (righe vuote in un stessa pagina oppure pagine bianche intercalate a pagine debitamente utilizzate)?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
14. Nello scarico sono riportate le generalità del paziente ed il numero di cartella clinica?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
15. Sono riportate nelle note le registrazioni per uso parziale, rottura di una fiala o prestiti da altri reparti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
16. Se non viene somministrata la fiala intera viene scaricata l'unità e si specifica nelle note l'esatta quantità di farmaco somministrata?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
17. Nel caso di perdita accidentale o di rottura di una fiala sono disponibili i verbali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
18. Nelle movimentazioni di carico/ scarico e riportato il numero del modulo di approvvigionamento/restituzione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
19. A fondo pagina di ogni modulo e riportato il n° di pagina dove prosegue la registrazione?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
20. A fondo pagina di ogni modulo e riportata la firma del Direttore dell'Unità Operativa?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
21. Le giacenze contabili corrispondono a quelle reali?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
22. Se vi sono stupefacenti scaduti, sono ancora caricati nel registro?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
23. Viene effettuata la conta degli stupefacenti?	<input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO	
23.1 Con quale frequenza?	<input type="checkbox"/> ad ogni cambio turno <input type="checkbox"/> giornalmente <input type="checkbox"/> saltuariamente	

Controlli effettuati*

MEDICINALE CONTROLLATO	GIACENZA REALE NELL'ARMADIO CHIUSO A CHIAVE	GIACENZA MEDICINALE SCADUTO	GIACENZA DA REGISTRO

Firma del Farmacista o di un suo delegato

.....

Firma Coordinatore\infermiere presente all'Audit

.....