

ALLEGATO 1

CHECK LIST DI ISPEZIONE

Poliambulatori e Sedi di Continuità Assistenziale

Struttura ispezionata: _____

Distretto: _____

Data: // _____

Farmacista ispettore: _____

Responsabile della struttura: _____

N.	Elemento da verificare	Conforme	Non conforme	N.A.	Osservazioni
A. LOCALI E AREE DI STOCCAGGIO					
A1	Locali puliti e in buono stato manutentivo	☐	☐	☐	
A2	Assenza di umidità, infiltrazioni o polvere	☐	☐	☐	
A3	Illuminazione adeguata	☐	☐	☐	
A4	Accesso ai medicinali riservato al personale autorizzato	☐	☐	☐	
A5	Armadi chiudibili e in buono stato	☐	☐	☐	
A6	Farmaci protetti da luce diretta e fonti di calore	☐	☐	☐	
B. GESTIONE DEI MEDICINALI					
B1	Dotazione farmaceutica conforme alle indicazioni aziendali	☐	☐	☐	
B2	Medicinali correttamente identificati	☐	☐	☐	
B3	Confezioni integre	☐	☐	☐	

N.	Elemento da verificare	Conforme	Non conforme	N.A. Osservazioni
B4	Assenza di confezioni danneggiate	☐	☐	☐
B5	Assenza di farmaci scaduti	☐	☐	☐
B6	Farmaci prossimi alla scadenza correttamente identificati	☐	☐	☐
B7	Corretta rotazione delle scorte (FEFO)	☐	☐	☐
B8	Assenza di farmaci inutilizzati non autorizzati	☐	☐	☐
B9	Disponibilità dei farmaci di emergenza previsti	☐	☐	☐
B10	Quantità delle scorte adeguata ai consumi	☐	☐	☐
C. FARMACI TERMOLABILI				
C1	Presenza di frigorifero dedicato ai farmaci	☐	☐	☐
C2	Frigorifero pulito e ordinato	☐	☐	☐
C3	Assenza di alimenti o materiale non sanitario	☐	☐	☐
C4	Temperatura compresa tra +2°C e +8°C	☐	☐	☐
D. DISPOSITIVI MEDICI				
D1	Dispositivi conservati correttamente	☐	☐	☐
D2	Assenza di dispositivi scaduti	☐	☐	☐
D3	Confezioni integre	☐	☐	☐
D4	Disponibilità dei dispositivi previsti	☐	☐	☐

N.	Elemento da verificare	Conforme	Non conforme	N.A. Osservazioni
E. GESTIONE DELLE SCORTE				
E1	Richieste di approvvigionamento coerenti con i consumi	☐	☐	☐
E2	Assenza di accumulo di farmaci	☐	☐	☐
E3	Corretta eliminazione dei farmaci scaduti	☐	☐	☐
E4	Assenza di prodotti ritirati dal commercio	☐	☐	☐
E5	Corretta separazione dei prodotti da eliminare	☐	☐	☐
F. ORGANIZZAZIONE				
F1	Personale informato sulle modalità di conservazione dei farmaci	☐	☐	☐
F2	Corretta identificazione dell'armadio farmaceutico	☐	☐	☐
F3	Farmaci ordinati per categoria o ordine alfabetico	☐	☐	☐
F4	Assenza di medicinali personali del personale sanitario	☐	☐	☐

ESITO DELL'ISPEZIONE

☐ Conforme

☐ Conforme con osservazioni

☐ Non conforme

NON CONFORMITÀ RILEVATE

N. Descrizione Gravità (Minore/Maggiore/Critica) Azione correttiva Responsabile Termine

OSSERVAZIONI E RACCOMANDAZIONI

Firma del Farmacista Ispettore

Firma del Responsabile della Struttura