

ALLEGATO 2

VERBALE DI ISPEZIONE

Struttura Complessa Farmacia Territoriale

VERBALE DI ISPEZIONE INTERNA

(Poliambulatori e Sedi di Continuità Assistenziale)

DATI DELL'ISPEZIONE

Verbale n. ____/

Data dell'ispezione: // _____

Ora di inizio: _____

Ora di conclusione: _____

Struttura ispezionata:

☐ Poliambulatorio _____

☐ Sede di Continuità Assistenziale _____

☐ Altro _____

Distretto: _____

Responsabile della struttura: _____

Personale presente durante l'ispezione:

PERSONALE ISPETTORE

L'ispezione è stata effettuata da:

Dirigente Farmacista

Eventuali altri partecipanti

OGGETTO DELL'ISPEZIONE

L'ispezione è stata eseguita ai sensi della Procedura Aziendale "Ispezioni dei Poliambulatori e delle Sedi di Continuità Assistenziale" al fine di verificare:

- ☐ corretta gestione dei medicinali
- ☐ corretta conservazione dei farmaci
- ☐ gestione della catena del freddo
- ☐ gestione dei dispositivi medici
- ☐ gestione delle scorte
- ☐ altro

DOCUMENTAZIONE ESAMINATA

Durante l'ispezione è stata presa visione della seguente documentazione:

- ☐ Check-list aziendale
- ☐ Verbali precedenti
- ☐ Altro

ESITO DELLE VERIFICHE

Area verificata	Conforme	Non Conforme	Osservazioni
Locali e aree di stoccaggio	☐	☐	
Armadi farmaceutici	☐	☐	
Conservazione dei medicinali	☐	☐	
Controllo delle scadenze	☐	☐	
Gestione delle scorte	☐	☐	
Farmaci termolabili	☐	☐	
Frigorifero farmaceutico	☐	☐	
Dispositivi medici	☐	☐	
Documentazione	☐	☐	

NON CONFORMITÀ RISCONTRATE

N.	Descrizione della non conformità	Gravità*	Azione correttiva richiesta	Termine
1		☐ Minore ☐ Maggiore ☐ Critica		
2		☐ Minore ☐ Maggiore ☐ Critica		
3		☐ Minore ☐ Maggiore ☐ Critica		

OSSERVAZIONI

RACCOMANDAZIONI

Il personale della struttura viene invitato a:

AZIONI CORRETTIVE

Le eventuali azioni correttive dovranno essere attuate entro i termini sopra indicati e comunicate alla SC Farmacia Territoriale.

Qualora necessario, sarà programmata una verifica di follow-up per accertarne l'effettiva attuazione.

ESITO FINALE DELL'ISPEZIONE

- ☐ Conforme
- ☐ Conforme con osservazioni
- ☐ Conforme con prescrizioni
- ☐ Non conforme

DATA PREVISTA PER IL FOLLOW-UP

- ☐ Non necessario
- ☐ Entro // _____

NOTE CONCLUSIVE

Il presente verbale viene redatto in duplice copia. Una copia viene consegnata al Responsabile della struttura ispezionata e una viene archiviata presso la Struttura Complessa Farmacia Territoriale.

L'eventuale firma del Responsabile della struttura attesta esclusivamente l'avvenuta presa visione del verbale e non implica necessariamente condivisione delle osservazioni riportate.

FIRME

Il Farmacista Ispettore

Nome e Cognome

Firma

Il Responsabile della Struttura

Nome e Cognome

Firma per presa visione

Classificazione delle non conformità

Livello	Definizione
Minore	Scostamento formale che non compromette la sicurezza del paziente, ma richiede adeguamento.
Maggiore	Scostamento che può influire sulla corretta gestione del farmaco o dei dispositivi medici e necessita di intervento entro tempi definiti.
Critica	Situazione che comporta un rischio immediato per la sicurezza del paziente o una grave violazione delle disposizioni aziendali o normative, richiedendo un intervento immediato.