

AREA DEL FARMACO
UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie

VERBALE DI ISPEZIONE STUPEFACENTI ALLE CASE DI CURA

(ai sensi del DPR 309/90 e ss.mm.ii)

DENOMINAZIONE

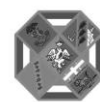
DIRETTORE SANITARO

ANNO 20

REGISTRO DI ENTRATA E USCITA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE

TABELLA DEI MEDICINALI SEZ A-B- C DPR 309/90 e ss.mm.ii

Il registro di Entrata e Uscita è stato vidimato dalla ASL?	SI ☐	NO ☐
Ogni pagina è intestata a una sola sostanza, dosaggio, forma farmaceutica?	SI ☐	NO ☐
É presente l'anno?	SI ☐	NO ☐
É compilato in maniera ordinata?	SI ☐	NO ☐
É compilato con mezzo indelebile?	SI ☐	NO ☐
É in buono stato di conservazione?	SI ☐	NO ☐
Riporta abrasioni, cancellature, coperture?	SI ☐	NO ☐
Se SI dove?	Pagina/e:	Operazione/i:
Sono state effettuate le operazioni di chiusura anno?	SI ☐	NO ☐
Le operazioni di nuovo anno sono state effettuate su una nuova pagina?	SI ☐	NO ☐
Se NO, dove?	Pagina/e:	Operazione/i:
Sono state riportate correttamente le giacenze dell'anno precedente?	SI ☐	NO ☐
Se NO, dove?	Pagina/e:	Operazione/i:
NOTE:		
Sono presenti pagine bianche non intestate?	SI ☐	NO ☐
Se SI, dove?	Pagina/e:	



Sono state effettuate registrazioni “particolari”:

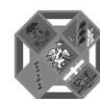
Consegna frazionata?	SI ☐	NO ☐
Rottura? (fiala, flacone, compressa)	SI ☐	NO ☐
Se SI, sono state eseguite correttamente?	SI ☐	NO ☐
NOTE:		

CUSTODIA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE
TABELLA DEI MEDICINALI SEZ A-B- C DPR 309/90 e ss.mm.ii

Sono conservate in apposito luogo chiuso a chiave?	SI ☐	NO ☐
Se NO, dove?		
Sono separati dagli altri farmaci?	SI ☐	NO ☐
Sono in buono stato di conservazione?	SI ☐	NO ☐

Luogo dove vengono conservati

Armadio ☐	Cassetto ☐	Cassaforte ☐	Altro: _____ ☐
Chi detiene la chiave?			
Ci sono stupefacenti scaduti?	SI ☐	NO ☐	
Se ci sono stupefacenti scaduti:			
Sono conservati in luogo chiuso a chiave?	SI ☐	NO ☐	
Sono conservati separati dagli altri tupefacenti?	SI ☐	NO ☐	
Sono stati evidenziati?	SI ☐	NO ☐	
Sono ancora in carico sul registro?	SI ☐	NO ☐	



C'è corrispondenza tra giacenza reale e giacenza del registro?	SI ☐	NO ☐
NOTE:		

**MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO DA PARTE DELLA DIREZIONE
SANITARIA DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE**

TABELLA MEDICINALI SEZ A-B-C art.42 DPR 309/90 e ss.mm.ii

Le sostanze stupefacenti e psicotrope sono state acquistate tramite richiesta in triplice copia?	SI ☐	NO ☐
È stata correttamente compilata?	SI ☐	NO ☐
NOTE:		
Le richieste sono facilmente visionabili presso la Direzione Sanitaria?	SI ☐	NO ☐

**REGISTRI DI CARICO E SCARICO DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E
PSICOTROPE DELLE UNITÀ OPERATIVE**

DM 03.08.2001

I registri sono compilati con inchiostro indelebile senza abrasioni o cancellature?	SI ☐	NO ☐
Ogni pagina è intestata ad un solo farmaco, forma farmaceutica e dosaggio?	SI ☐	NO ☐
Le registrazioni in entrata ed in uscita sono in ordine cronologico, riportando tutti i dati richiesti?	SI ☐	NO ☐
Le eventuali correzioni sono controfirmate?	SI ☐	NO ☐
È indicato il nome e cognome del paziente?	SI ☐	NO ☐
È indicata l'Unità Operativa in caso di cessione a quest'ultima o la Farmacia in caso di reso?	SI ☐	NO ☐

Sono riportate le giacenze dopo ogni movimentazione?	SI ☐	NO ☐
Nel caso di somministrazione parziale di una forma farmaceutica che non può essere riutilizzata è specificata nelle note l'esatta quantità somministrata procedendo allo scarico dell'intera unità della forma?	SI ☐	NO ☐
In calce ad ogni pagina completata è riportato il numero di pagina in cui prosegue la registrazione e la giacenza da riportare nella nuova pagina?	SI ☐	NO ☐
Il dato conclusivo della pagina è controfirmato dal Direttore della UO?	SI ☐	NO ☐
NOTE:		

**MODALITÀ DI APPROVVIGIONAMENTO E RESTITUZIONE DA PARTE DELLE
UNITÀ OPERATIVE DELLE SOSTANZE STUPEFACENTI E PSICOTROPE
TABELLA MEDICINALI SEZ A-B-C DPR 309/90 e ss.mm.ii**

É stato utilizzato il modulo 6423 A di approvvigionamento?	SI ☐	NO ☐
É stato correttamente compilato?	SI ☐	NO ☐
É stato utilizzato il modulo 6423 R di restituzione?	SI ☐	NO ☐
É stato correttamente compilato?	SI ☐	NO ☐
NOTE:		

RISULTATO DELLA VISITA DI CONTROLLO

La UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie, alla luce del verbale redatto, ritiene l'esito della visita di controllo:

☐ **SODDISFACENTE**

- Senza alcuna prescrizione o condizione

☐ **NON SODDISFACENTE**

- Si deve provvedere entro il termine perentorio di giorni _____ a:

***OSSERVAZIONI DI PRESCRIZIONI DELLA UOSD VIGILANZA FARMACIE E
PARAFARMACIE***

Le prescrizioni disposte in sede di ispezione precedente sono state osservate?

- SI
- NO

Se NO esporre le motivazioni

Il presente verbale è redatto in duplice copia, una delle quali è consegnata al Direttore Sanitario della Casa di Cura e l'altra è da custodire agli atti d'ufficio, presso la UOSD Vigilanza Farmacie e Parafarmacie della ASL ROMA 1.

Letto, confermato e sottoscritto

Il Farmacista Dirigente ASL

Il Direttore Sanitario

Data _____