

FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS BASICO DE FARMACIA

A- Código

--	--	--	--	--	--

Para uso exclusivo de la DHA

Coordenadas

X:		Y:	
----	--	----	--

B- Nombre del Establecimiento (Escriba el nombre del Centro o Unidad)

--

C- Dirección (Calle y Número)

--

D- Barrio o Sector

--

E- Provincia

--

F- Municipio

--

G- Registro de la Oficina Nacional de la Propiedad Industrial (ONAPI)

--

H- Registro Nacional de Contribuyente (R.N.C.)

--

I- Teléfonos (colocar dos numeros)

--

J- Correo Electrónico (Obligatorio para informarle respecto a su Expediente)

--

K- Tipo de Centro con Internamiento

K.1- Hospital () **K.2-** Clínica () **K.3-** Centro Médico () **K.4-** Otros* ()

L- Dirección de Salud

L.1- Regional _____ **L.2-** Provincia _____ **L.3-** Área _____

Para uso de la DHA

M- Sector del Sistema Nacional de Salud

M.1- Público () **M.2-** Privado ()

N- Sector al que pertenece si es Público

N.1- SNS () **N.2-**MDRD () **N.3-** PN () **N.4-** Otros () _____

O- Sector al que pertenece si es Privado

O.1- Privado Lucrativo () **O.2-** ONG () **O.3-** Otros () _____

P- Horario de Servicio

P.1- 4hrs. () **P.2-** 8 hrs. () **P.3-** 12 hrs. () **P.4-** 24 hrs. ()

Q- Fecha de Instalación

--	--	--	--	--	--	--	--

Escriba la Fecha de Apertura

R- PROPIETARIO DEL ESTABLECIMIENTO

R.1	Nombre(s)	
R.2	Apellido(s)	
R.3	Cédula de Ident. y Electoral	
R.4	Dirección (Calle y Número)	
R.5	Barrio o Sector	
R.6	Municipio	
R.7	Provincia	
R.8	Teléfono(s)	
R.9	Celular	
R.10	Correo Electrónico	

S- DIRECTOR MÉDICO DEL ESTABLECIMIENTO

S.1	Nombre(s)	
S.2	Apellido(s)	
S.3	Cédula de Identidad y Electoral	
S.4	Dirección (Calle y Número)	
S.5	Barrio o Sector	
S.6	Municipio	
S.7	Provincia	
S.8	Teléfono(s)	
S.9	Fax(es)	
S.10	Correo Electrónico	
S.11	Título Profesional	
S.12	Especialidad	
S.13	No. de Exequátur	
S.14	Fecha de Expedición	
S.15	Horario de Servicio	4 () 6 () 8 () 12 () 24 ()

T- PERSONAL TÉCNICO Y ADMINISTRATIVO

T.1	Número de Médicos Encargado del CPN o Establecimiento de Salud		Observaciones
T.2	Número de Auxiliares en Farmacia		
T.3	Número personal Administrativo y de apoyo		
T.4	Horario de Servicio en horas	4 () 6 () 8 ()	

1. Infraestructura y Planta Física

		SI	NO	Observaciones
1.1	Medidas Minimas 86.40 m2			

1.2	Área para facilidades del trabajo Administrativo y de Gestión		
1.3	Ambiente para la dispensación de los medicamentos		
1.4	Área para almacenar materiales de uso constante en la unidad		
1.5	Las áreas de almacenamiento de medicamentos deben tener una temperatura entre 15 y 30 °C.		
1.6	Su superficie útil guardará relación con el número de camas y tipo de hospital.		
1.7	Tendrá fácil comunicación con las unidades de internamiento, otros servicios y para pacientes de programas especiales o ambulatorios.		
1.8	Todas las áreas del Servicio tendrán que formar un conjunto o unidad funcional.		
1.9	Local con capacidad suficiente y adecuada al volumen y complejidad de las actividades que se realizan.		
1.10	Pisos sin desprendimiento de polvo		
1.11	Pisos en buen estado		
1.12	Pisos sin rajaduras		
1.13	Pisos libres de filtraciones		
1.14	Pisos libres de alfombras		
1.15	Paredes con superficies lisas		
1.16	Paredes en buen estado		
1.17	Paredes libres de filtraciones		
1.18	Paredes sin grietas		
1.19	Paredes sin desprendimiento de pintura		
1.20	Techos con altura mínima de 2.6 ms		
1.21	Techos de superficies lisas		
1.22	Techos libres de filtraciones		
1.23	Techos sin desprendimiento de pintura		
1.24	Cielo raso en buen estado		
1.25	Cielo raso libre de filtraciones		
1.26	Cielo raso libre de ranuras		
1.27	Sistema de salida de emergencias		

2. Equipamiento y Suministro

		SI	NO	Observaciones
2.1	Sistemas de información manual y/o automático para el registro y control de existencia de medicamentos e			
2.2	Teléfono			
2.3	Calculadora			
2.4	Tarimas y/o estanterías			

2.5	Refrigerador para la conservación de medicamento o materiales especiales, termómetro		
2.6	Refrigerador con hoja control temperatura		
2.7	Escritorio		
2.8	Sillas ergonómica.		
2.9	Sistema de seguridad que permita control efectivo de los medicamentos controlados (si aplica)		
2.10	Mesas para dispensación y fraccionamiento		
2.11	Contenedores/bandejas/ o carros para la distribución intrahospitalaria del medicamento		
2.12	Archivos		
2.13	Termómetros		
2.14	Equipos de limpieza		
2.15	Zafacones con fundas y tapas		
2.16	Lavadero de loza vitrificada tipo ovalín		
2.17	Botadero de material revestido en cerámica de 2 pozas, alta y baja, agua fría		
2.18	Inodoro de cerámica vitrificada con válvula fluxómetro		
2.19	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm		
2.20	Toallero de gancho cromado		
2.21	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido		
2.22	Porta rolo de papel higiénico de loza		
2.23	Carro para transporte de dosis unitario		
2.24	Estantería metálica de ángulos ranurados de 01 cuerpo 04 anaqueles		
2.25	Modulo de dispensación		
2.26	Mueble fijo, ventanilla de atención		
2.27	Escritorio metálico de 7 cajones		
2.28	Armario metálico de 2 puertas		
2.29	Papelera metálica		
2.30	Silla metálica giratoria rodable		
2.31	Sillón metálico confortable giratorio rodable		
2.32	Papelera de plástico con tapa y ventana abatible		
2.33	Unidad de computadora personal		
2.34	Impresora		

3. Documentación y Normas

SI	NO	Observaciones
----	----	---------------

3.1	Ley General de Salud No. 42-01			
3.2	Reglamentos de medicamentos No. 246-06			
3.3	Norma oficial de Farmacia Hospitalaria			
3.4	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República Dominicana			
3.5	Registro de control de temperatura			
3.6	Normas para conservación de medicamentos refrigerados			
3.7	Registro de limpieza			
3.8	Libro de control de narcóticos y medicamentos controlados			
3.9	Protocolos sobre el almacenamiento y conservación de medicamentos			
3.10	Programa y registro de control de plagas y roedores			
3.11	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad.			
3.12	Ubicación interna y de fácil acceso desde el exterior del Establecimiento Asistencial hasta el Servicio de Farmacia.			
3.13	Actas de medicamentos desechados por caducidad, pérdida, descomposición, etc			
3.14	Kardex por cada medicamento que se dispensa.			

Con mi Nombre y Firma, Declaro que toda la Información que se ha Suministrado es Verídica

Nombre del Director Médico

Firma del Director Médico

Nombre del Inspector/a y/o Supervisor

Firma del Inspector/a y/o Supervisor

Fecha: _____

Hora de Inspección: _____

Para uso exclusivo de la DHA