

## FORMULARIO GUÍA DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS DE FARMACIA DE ALTA COMPLEJIDAD (SECTOR PRIVADO)

**A- Código**

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

Para uso exclusivo de la DHA

**Coordenadas**

<b>X:</b>		<b>Y:</b>	
-----------	--	-----------	--

**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**

<b>R.1</b>	Nombre(s)	
<b>R.2</b>	Apellido(s)	
<b>R.3</b>	Cédula de Ident. y Electoral	
<b>R.4</b>	Dirección (Calle y Número)	
<b>R.5</b>	Barrio o Sector	
<b>R.6</b>	Municipio	
<b>R.7</b>	Provincia	
<b>R.8</b>	Teléfono(s)	
<b>R.9</b>	Celular	
<b>R.10</b>	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- RECURSOS HUMANOS**

		SI	NO	Observaciones
T.2	Un Director Técnico, Licenciado de Farmacia, con experiencia mínima de dos (2) años en Farmacia			
T.3	El número de farmacéuticos necesarios para el adecuado desarrollo del servicio en relación al volumen de camas y actividad, servicios y tipo de hospital o clínica, nivel asistencial del centro de salud.			
T.4	Número de personal técnico y auxiliares necesarios, acorde con la complejidad del establecimiento y durante el horario de atención del establecimiento			
T.5	Horario de Servicio en horas	4 ( )	6 ( )	8 ( )

## 1. Infraestructura e Instalaciones

		SI	NO	Observaciones
1.1	Medidas 280.80 m2			
1.2	Ubicación interna y de fácil acceso desde el exterior del Establecimiento Asistencial hasta el Servicio de Farmacia.			
1.3	Almacén General			
1.4	Almacenes Especiales (estupefacientes, termolábiles, inflamables, etc.)			
1.5	Área para facilidades del trabajo Administrativo y de Gestión			
1.6	Ambiente para la dispensación de los medicamentos			
1.7	Área de Farmacotécnia			
1.8	Área de Preparaciones Estériles, separadas entre sí y cumpliendo con los estándares de calidad internacionales vigentes. (Nutrición parenteral, citostáticos, otras preparaciones)			
1.9	Centro de Información de Medicamentos.			
1.10	Temperatura entre 15 y 30 °C.			
1.11	Áreas del Servicio de Farmacia están ventiladas.			
1.12	Áreas del Servicio de Farmacia están climatizadas			
1.13	Su superficie útil guardará relación con el número de camas y tipo de hospital.			
1.14	Hay fácil comunicación con las unidades de internamiento, otros servicios y para pacientes de programas especiales o ambulatorios.			
1.15	Todas las áreas del Servicio tendrán que formar un conjunto o unidad funcional.			
1.16	Local con capacidad suficiente y adecuada al volumen y complejidad de las actividades que se realizan.			
1.17	Pisos en buen estado			
1.18	Pisos sin rajadura			
1.19	Pisos libres de filtraciones			
1.20	Pisos libres de alfombras			
1.21	Paredes con superficies lisas			
1.22	Paredes en buen estado			
1.23	Paredes libres de filtraciones			
1.24	Paredes sin ranuras			
1.25	Paredes sin desprendimiento de pintura			
1.26	Los techos con una altura mínima de 2.6 ms			

1.27	Techos tienen superficies lisas		
1.28	Techo libre de filtraciones		
1.29	Techos sin desprendimiento de pintura		
1.30	Cielo raso en buen estado		
1.31	Cielo raso libre de filtraciones		
1.32	Cielo raso libre de ranuras		
1.33	Sistema de salida de emergencias		
1.34	Sistema de salida de emergencias debidamente identificada.		
1.35	Sistema de salida de emergencias libre de obstáculos.		
1.36	Las áreas del Servicio de Farmacia estan adecuadamente iluminadas.		
1.37	Las áreas de almacenamiento de medicamentos y otros insumos médicos deben estar ubicados dentro y/o en la misma área.		
1.38	En el caso de productos biológicos y otros productos que deben conservarse en refrigeración, la temperatura deberá estar entre 2 a 8 °C.		
1.39	Cuentan con suministro permanente de energía eléctrica		
1.40	Cuentan con suministro permanente de agua potable		
1.41	Cuentan con suministro permanente de sistemas de drenajes funcionando eficientemente.		
1.42	Posee un sistema eléctrico alterno o de emergencia.		
1.43	Posee extintores contra incendios colocado en un lugar visible con fecha de expiración vigente, de acuerdo al tamaño y complejidad del local.		

## 2. Equipamiento y Suministro

		SI	NO	Observaciones
2.1	Teléfono			
2.2	Calculadora			
2.3	Tarimas y/o estanterías			
2.4	Refrigerador para la conservación de medicamento o materiales especiales, termómetro			
2.5	Refrigerador con hoja control temperatura			
2.6	Escritorio			
2.7	Sillas ergonómica.			

2.8	Sistema de seguridad que permita control efectivo de los medicamentos controlados (si aplica)		
2.9	Mesas para dispensación y fraccionamiento		
2.10	Accesorios para el farmacéutico que prepara mezclas parenterales: Ropa, guantes, mascarilla		
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 acero inoxidable una poza aprox. 20" x 18", agua fría y caliente		
2.17	Écran de pared		
2.18	Carro para transporte de dosis unitaria		
2.19	Carro para transporte de residuos		
2.20	Mostrador para empotrar lavadero con puertas		
2.21	Mostrador con cajones y puertas		
2.22	Estantería metálica de ángulos ranurados de 01 cuerpo 04 anaqueles		
2.23	Módulo de dispensación		
2.24	Mueble fijo, ventanilla de atención		
2.25	Armario metálico guardarropa de un cuerpo y dos compartimientos		
2.26	Escalinata metálica de 2 peldaños		
2.27	Escritorio metálico de 7 cajones		
2.28	Papelera metálica		
2.29	Silla metálica giratoria rodable		
2.30	Mueble para atención 80 cm		
2.31	Armario metálico de dos puertas		
2.32	Sillón metálico semiconfortable de 2 cuerpos con brazos		
2.33	Silla metálica confortable giratoria rodable		
2.34	Sillón metálico confortable giratorio rodable		
2.35	Mesa de madera para reuniones de 200 x 110 cm		
2.36	Pizarra acrílica de pared		
2.37	Papelera de plástico con tapa y ventana abatible		
2.38	Reloj de pared		
2.39	Unidad de computadora personal		
2.40	Impresora		
2.41	Proyector multimedia		
2.42	Escalera de aluminio tipo tijera de 06 pasos		

### 3. Instalaciones Sanitarias

		SI	NO	Observaciones
3.1	Lavamanos de cerámica con grifería control de mano, agua fría			
3.2	Inodoro de cerámica vitrificada con válvula fluxómetro			
3.3	Espejo adosado marco metálico de 40 x 60 cm			
3.4	Jabonera cromada con dispensador para jabón líquido			
3.5	Porta rolo de papel higiénico de loza			

### 4. Documentación y Normas

		SI	NO	Observaciones
4.1	Sistemas de información manual y/o automático para el registro y control de existencia de medicamentos e insumos			
4.2	Ley General de Salud No. 42-01			
4.3	Reglamentos de medicamentos No. 246-06			
4.4	Norma oficial de Farmacia Hospitalaria			
4.5	Cuadro Básico de Medicamentos Esenciales de la República Dominicana			
4.6	Registro de control de temperatura			
4.7	Normas para conservación de medicamentos refrigerados			
4.8	Registro de limpieza			
4.9	Libro de control de narcóticos y medicamentos controlados			
4.10	Protocolos sobre el almacenamiento y conservación de medicamentos			
4.11	Programa y registro de control de plagas y roedores			
4.12	Manual de Normas y Procedimientos de Bioseguridad.			
4.13	El servicio cuenta con los reportes mensuales de la información de su responsabilidad			
4.14	Uso de Kardex por cada medicamento que se dispensa. (Manual o con equipo computarizado)			
4.15	Se cuenta con las actas de medicamentos desechados por caducidad, pérdida, descomposición, etc			

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**