

RACCOMANDAZIONE n° 14
Scheda di autovalutazione
per la prevenzione degli errori in terapia con farmaci antineoplastici
Anno 2014 – MESE DI _____

SEZIONE A CURA DELLA FARMACIA OSPEDALIERA			
PRESCRIZIONI RICEVUTE	n° _____		
PRESCRIZIONI CONTROLLATE	n° _____	NON CONFORMI ¹	n° _____
MOTIVI NON CONFORMITÀ ²			
<input type="checkbox"/> MODULO NON INDICIZZATO	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
<input type="checkbox"/> DATI ANTROPOMETRICI	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
<input type="checkbox"/> CLEARANCE	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
<input type="checkbox"/> REGIME SOMMINISTRAZIONE	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____

SEZIONE A CURA DEL REPARTO: <input type="checkbox"/> ONCOLOGIA <input type="checkbox"/> ONCOEMATOLOGIA <input type="checkbox"/> MEDICINA BORGOSIESIA			
TERAPIE ANTINEOPLASTICHE PRESCRITTE n° _____			
ETICHETTE CONTROLLATE	n° _____	NON CONFORMI ³	n° _____
MOTIVI NON CONFORMITÀ ⁴			
<input type="checkbox"/> PAZIENTE	n° _____	<input type="checkbox"/> FIRMA FARMACISTA	n° _____
<input type="checkbox"/> DOSAGGIO	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
<input type="checkbox"/> INDICAZIONI CONSERVAZIONE	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
<input type="checkbox"/> FOTOSENSIBILITÀ FARMACO	n° _____	<input type="checkbox"/> _____	n° _____
CARTELLE CONTROLLATE	n° _____		
CONSENSI PRESENTI	n° _____		
FARMACI AIFA PRESCRITTI	n° _____	SCHEDE PRESENTI	n° _____
CHECK LIST SOMMINISTRAZIONE PRESENTI		n° _____	
CHECK LIST SOMMINISTRAZIONE COMPLETE E FIRMATE	n° _____		

¹ Sono **conformi** le prescrizioni redatte sul modulo (FO.MO.0382.nn) o quelle in cui sono presenti **tutti** gli elementi essenziali della prescrizione oncologica (FO.PG.1460.nn).

² Specificare se la prescrizione è stata redatta su modulo non indicizzato oppure l'elemento essenziale mancante nella prescrizione oncologica (FO.PG.1460.nn).

³ Sono **conformi** le etichette che presentano corrispondenza con la prescrizione oncologica.

⁴ Specificare gli elementi dell'etichetta **non corrispondenti** alla prescrizione.

DATA _____

TIMBRO/FIRMA _____