

**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 <sup>1</sup>	n° _____
MOTIVI NON CONFORMITÀ <sup>2</sup>			
<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 <sup>3</sup>	n° _____
MOTIVI NON CONFORMITÀ <sup>4</sup>			
<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° _____		

<sup>1</sup> 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).

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

<sup>3</sup> Sono **conformi** le etichette che presentano corrispondenza con la prescrizione oncologica.

<sup>4</sup> Specificare gli elementi dell'etichetta **non corrispondenti** alla prescrizione.

DATA \_\_\_\_\_

TIMBRO/FIRMA \_\_\_\_\_