

SERVICIO DE FARMACIA

INFORME SOBRE REVISIÓN DE BOTIQUINES

Unidad de Enfermería _____

Supervisor/a: _____ Fecha: / /

1. BOTIQUÍN GENERAL	SI	NO	6. MEDICAMENTOS DE ESPECIAL PRESCRIPCIÓN	SI	NO
1.1. Habitación limpia y ordenada			6.1. Existencia de antibióticos de reserva		
1.2. Orden especialidades farmacéuticas - Según vía administración			6.2. Otros medicamentos de uso restringido		
- Por orden alfabético			7. CARRO PARADA CARDÍACA		
- Una especialidad por cajetín			7.1. Existe carro parada		
1.3. Contenedores correctamente etiquetados			7.2. Existe listado de contenido		
1.4. Medicamentos en su envase original (si procede)			7.3. Carro completo y ordenado		
			7.4. Envases perfectamente etiquetados		
2. SUEROS			8. MEDICAMENTOS CADUCADOS		
2.1. Ordenados según caducidad			8.1. Botiquín general		
3. FRIGORÍFICO			8.2. Sueros		
3.1. Medicamentos termolábiles fuera de frigorífico			8.3. Medicamentos termolábiles		
3.2. Medicamentos no termolábiles en frigorífico			8.4. Estupefacientes y psicotropos		
3.3. Frigorífico limpio y ordenado			8.5. Carro de parada cardiaca		
3.4. Existencia de otros productos			9. MEDICAMENTOS SEGÚN STOCK PACTADO		
3.5. Med. en su envase original (si procede)			9.1. El nº especialidades es el acordado		
4. ESTUPEFACIENTES Y PSICOTROPOS			9.2. Las cantidades almacenadas son las fijadas		
4.1. Estupefacientes en caja seg.					
4.2. Libro correctamente controlado					

OBSERVACIONES

De haber existido anomalías en la visita anterior, ¿se han corregido?

Farmacéutico/a responsable de la revisión

Supervisor/a de la Unidad

Fdo:

Fdo: