

Fecha: 23/12/2022

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL PROVINCIAL SAN BARTOLOMÉ

Servicio Regional Correspondiente:

REGIONAL ENRIQUILLO IV

Porcentaje de Cumplimiento 100.0%

| No. | Almacén de Medicamentos e Insumos | Si / No Aplica | No |
|-----|--|----------------|----|
| 1 | ¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS? (ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.) | Si | |
| 2 | ¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETAS? | Si | |
| 3 | ¿EXISTE BUENA ILUMINACIÓN? | Si | |
| 4 | ¿ALMACÉN LIBRE DE HUMEDAD, GOTERAS Y FILTRACIONES? | Si | |
| 5 | ¿SE ENCUENTRAN AL DÍA LOS REGISTROS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD? | Si | |
| 6 | ¿LA TEMPERATURA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES PERMITIDOS? AMBIENTAL ENTRE 15 Y 30 °C Y CADENA DE FRÍO DE 2 A 8°C | Si | |
| 7 | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, LIMPIOS Y ORDENADOS LOS ESTANTES Y PALLETES? | Si | |
| 8 | ¿SE ENCUENTRAN LIMPIOS LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS? | Si | |
| 9 | ¿LOS MEDICAMENTOS ESTÁN COLOCADOS GUARDANDO DISTANCIA DE LAS PAREDES, TECHO Y PISO? | Si | |
| 10 | ¿LOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDOS DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O LUZ BLANCA (FLUORESCENTE)? | Si | |
| 11 | ¿LOS MEDICAMENTOS DE FECHA DE EXPIRACIÓN MÁS PRÓXIMA SE ENCUENTRAN EN PRIMER PLANO, ORDENADOS SEGÚN PEPE? (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR) | Si | |
| 12 | ¿LOS MEDICAMENTOS SENSIBLES A LA LUZ, TEMPERATURA Y HUMEDAD, ESTÁN ALMACENADOS ADECUADAMENTE? | Si | |
| 13 | ¿EL EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO? | Si | |
| 14 | ¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EXPIRADOS? | Si | |
| 15 | ¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO? | Si | |
| 16 | ¿SEPARA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS EXPIRADOS O EN MAL ESTADO? | Si | |
| 17 | ¿AUSENCIA DE INSECTOS, ROEDORES Y OTROS? | Si | |
| 18 | ¿CUENTA CON EXTINGUIDOR DE INCENDIOS FUNCIONANDO Y BIEN UBICADO? | Si | |
| 19 | ¿LOS DETERGENTES O PRODUCTOS TÓXICOS QUE PUEDAN DAÑAR A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SON GUARDADOS EN UN LUGAR DIFERENTE AL ALMACÉN? | Si | |
| 20 | ¿SE ENCUENTRAN OPERATIVOS TODOS LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS DEL ALMACÉN? | Si | |
| 21 | ¿TODO EL PERSONAL TIENE A LA MANO SU MANUAL DE PROCEDIMIENTOS? | Si | |
| 22 | ¿EL PERSONAL CONOCE Y APLICA CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS? | Si | |
| 23 | ¿SE HAN EFECTUADO LOS INVENTARIOS, SEÑALADOS EN EL PROCEDIMIENTO? | Si | |
| 24 | ¿COINCIDE EL CONTEO REALIZADO CON LO REGISTRADO EN EL SOFTWARE O TCE-TARIETA DE CONTROL DE EXISTENCIA? | Si | |
| 25 | ¿ESTÁN ADECUADAMENTE ELABORADOS Y ARCHIVADOS LOS DOCUMENTOS DE INGRESO Y SALIDA DE PRODUCTOS DEL ALMACÉN? | Si | |
| 26 | ¿EL PERSONAL EVITA COMER, BEBER O FLUMAR DENTRO DEL ALMACÉN? | Si | |
| 27 | ¿EL PERSONAL UTILIZA LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD? | Si | |
| 28 | ¿TUVO DISPONIBLE TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAZADORES LOS ÚLTIMOS 6 MESES.? | Si | |
| No. | Farmacia Central | Si / No Aplica | No |
| 1 | ¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA? | Si | |
| 2 | ¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN? | Si | |
| 3 | ¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES? | Si | |
| 4 | ¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE? | Si | |
| 5 | ¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN? | Si | |
| 6 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN? | Si | |
| 7 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS? | Si | |
| 8 | ¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO? | Si | |
| 9 | ¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS EN EL ÁREA? | Si | |
| 10 | ¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN? | Si | |
| 11 | ¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C? | Si | |
| 12 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS? | Si | |

| | | |
|----------------------------|---|----------------|
| 13 | ¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS? | SI |
| 14 | ¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)? | SI |
| 15 | ¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS? | SI |
| 16 | ¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE? | SI |
| 17 | ¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS , CARTONES)? | SI |
| 18 | ¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA? | SI |
| 19 | ¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS? | SI |
| 20 | ¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS? | SI |
| No. Farmacia de Emergencia | | |
| | | SI / No Aplica |
| 1 | ¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA? | No Aplica |
| 2 | ¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN? | No Aplica |
| 3 | ¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES? | No Aplica |
| 4 | ¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE? | No Aplica |
| 5 | ¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN? | No Aplica |
| 6 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN? | No Aplica |
| 7 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS? | No Aplica |
| 8 | ¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO? | No Aplica |
| 9 | ¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS EN EL ÁREA? | No Aplica |
| 10 | ¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN? | No Aplica |
| 11 | ¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C? | No Aplica |
| 12 | ¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS? | No Aplica |
| 13 | ¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS? | No Aplica |
| 14 | ¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)? | No Aplica |
| 15 | ¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS? | No Aplica |
| 16 | ¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE? | No Aplica |
| 17 | ¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS , CARTONES)? | No Aplica |
| 18 | ¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA? | No Aplica |
| 19 | ¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS? | No Aplica |
| 20 | ¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS? | No Aplica |

Kusy Ferreras Novas



LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS

| REF. | NOMBRE | PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD | | | | |
|----------------------------|--|------------------------------|-----------------------|----------------------|----------------------|-----------|
| | | CEAS | ARV | TB | PF | |
| | | 100% | | | 100% | |
| | | CONCENTRACIÓN | FORMA FARMACÉUTICA | PRESENTACIÓN | SI / NO NO APLICA | |
| TRAZADORES CEAS | Acetilcisteína | | 100 mg /mL | Inyectable | Ampolla 3 mL | SI |
| | Ceftriaxona | | 1 g | Inyectable | Vial | SI |
| | Bromuro De Ipratropio | | 0.9mg/3 Ml | Solución Inhalación | Frasco | SI |
| | Cloruro De Sodio | | 0.9% / 1000 mL | Inyectable | Frasco | SI |
| | Dexametasona Fosfato | | 4 mg/mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Diclofenaco Sódico | | 25 mg/mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Dinitrato De Isosorbide | | 5mg | Tableta | Blistér | SI |
| | Ergometrina Hidromaleato | | 200 mg/ mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Fitomenadiona (Vit. K) | | 10 mg/ mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Furosemida | | 10 mg/mL | Inyectable | Ampolla 2mL | SI |
| | Hidralazina Clorhidrato | | 20 mg | Inyectable | Vial | SI |
| | Ketorolaco Trometamol | | 30 mg / mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Metildopa | | 500 mg | Tableta | Blistér | SI |
| | Metronidazol | | 5 mg/ mL | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Nifedipina Sublingual | | 10 mg | Tableta | Blistér | SI |
| | Omeprazol | | 40 mg / mL | Polvo Para Inyección | Vial | SI |
| | Oxitocina Sintética | | 10 UI | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Sulfato De Magnesio | | 20% | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Atropina Sulfato | | 1mg/ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Epinefrina (Adrenalina) | | 1 mg/mL | Inyectable | Ampolla 1mL | SI |
| | Difenhidramina | | 10 mg /Ml | Inyectable | Ampolla | SI |
| | Hidrocortisona | | 100mg/ml | Inyectable | Vial | SI |
| | Lactato En Ringer | | 1000 Ml | Inyectable | Frasco | SI |
| | Amikacina | | 500mg | Inyectable | Vial | SI |
| | Fenitoína Sódica | | 250 mg | Inyectable | Vial | SI |
| | Dextrosa | | 50% | Inyectable | Vial | SI |
| | Metoclopramida Clorhidrato | | 5 mg / Ml | Inyectable | Vial | SI |
| | N Butil Bromuro De Hioscina | | 20 mg / Ml | Inyectable | Ampolla 1mL | SI |
| Acetaminofén (Paracetamol) | | 10 mg /mL | Inyectable | Ampolla | SI | |
| ARV ADULTOS | Abacavir / Lamivudina | | 600 mg + 300 mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Atazavir / Ritonavir | | 300 mg/ 100mg | Tabletas | Frasco | No Aplica |
| | Ritonavir | | 100mg | Tabletas | Frasco | No Aplica |
| | Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate | | 400mg/300mg/300mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz | | 300mg + 200mg + 600mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir | | 25mg + 200mg +50mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir | | 300 mg+ 300mg + 50 mg | Tabletas | Frasco | No Aplica |
| | Raltegravir | | 400mg | Tabletas | Frasco | No Aplica |
| | Danuravir | | 600 mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Efavirenz | | 600 mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Emtricitabina / Tenofovir | | 200 mg/300 mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Tenofovir / Lamivudina | | 300 mg + 300 mg | Tableta | Frasco | No Aplica |
| | Dolutegravir | | 50mg | Tableta | Frasco | No Aplica |

| | | | | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------|---------------------|---------------------|-----------|-----------|
| ARV PEDIATRICO | Abacavir | 20 mg/ml | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL | No Aplica | |
| | Efavirenz | 200 mg | Tableta | Frasco X 30 | No Aplica | |
| | Efavirenz | 50 mg | Tableta | Frasco X 30 | No Aplica | |
| | Raltegravir | 25mg | Tableta | Frasco | No Aplica | |
| | Lopinavir / Ritonavir | 100 mg + 25 mg | Tableta | Frasco | No Aplica | |
| | Lopinavir / Ritonavir (Kaletra) | 80 mg + 20 mg | Suspensión Oral | Frasco X 120 MI | No Aplica | |
| | Nevirapina | 50 mg/5ml | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL | No Aplica | |
| | Zidovudina | 50 mg/5ml | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL | No Aplica | |
| | Zidovudina / Lamivudina | 60 mg + 30 mg | Tableta | Frasco | No Aplica | |
| | Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina | 60 mg + 30 mg + 50 mg | Tableta | Frasco | No Aplica | |
| | Formula Infantil | N/A | Lata | Lata | No Aplica | |
| | PRUEBAS | Prueba Sífilis Humana | N/A | N/A | Kit X 50 | Si |
| Pruebas Rápidas para HIV (Tamizaje) | | N/A | N/A | Kit X 100 | Si | |
| Prueba Rápidas de HIV (Confirmatoria) | | N/A | N/A | Kit X 20 | Si | |
| OTROS | Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR | N/A | N/A | N/A | No Aplica | |
| | Kit para Toma de Muestra de Baciloscopia | N/A | N/A | N/A | Si | |
| | Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia | N/A | unidad | Frasco | Si | |
| TB - 1BA- LINEA | Etambutol | 400 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Etambutol | 100 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Isoniazida | 100 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Isoniazida | 300 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Pirazinamida | 500 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Rifampicina | 300 mg | Capsula | Blistér | No Aplica | |
| | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol | 150 mg + 75 mg + 400 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Rifampicina + Isoniazida | 75 mg + 50 mg | Tableta | Blistér (Disp.) | No Aplica | |
| | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida | 75 mg + 50 mg + 150 mg | Tableta | Blistér (Disp.) | No Aplica | |
| | Rifampicina + Isoniazida + Etambutol | 150 mg + 75 mg + 275 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | Rifapentina | 150 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| | TB-2DA LINEA | Ac. Paraminosalicílico | 4 gr | Granulado | Sobre | No Aplica |
| | | Amikacina | 500 mg | Solución Inyectable | Ampolla | No Aplica |
| Amoxicilina/Clavulanto | | 875/125 Mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Bedaquillina | | 100 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Capreomicina vial | | 1000 mg | Polvo | Frasco | No Aplica | |
| Cicloserina | | 250 mg | Capsula | Blistér | No Aplica | |
| Clofazimina | | 100 mg | Capsula | Blistér | No Aplica | |
| Delamanid | | 50 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Etionamida | | 250 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Imipemen/Cilastatina | | 500 mg | Polvo | Vial | No Aplica | |
| Kanamicina | | 1000 mg | Polvo | Vial | No Aplica | |
| Levofloxacin | | 250 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Levofloxacin | | 100 mg | Tableta dispersable | Blistér | No Aplica | |
| Levofloxacin | | 500 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Levofloxacin infusión | | 1000 mg | Solución | Vial | No Aplica | |
| Linezolid | | 600 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Meropenem | | 500 mg | Polvo | Vial | No Aplica | |
| Moxifloxacin | | 100 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Moxifloxacin | | 400 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Pirazinamida | | 150 mg | Tableta | Blistér | No Aplica | |
| Pretomanid | | 200 mg | Tableta | Frasco | No Aplica | |
| Proteonamida | | 250 mg | Tableta Recubierta | Blistér | No Aplica | |

| | | | | | |
|------------------------|--|----------------|-----------------|---------------------|-----------|
| PLANIFICACION FAMILIAR | Vitamina B6 | 100 Mg 250 Ui | Tableta | Blister | No Aplica |
| | Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables) | 150 mg/ml | Inyección | Vial X 1 mL | Si |
| | Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos) | 0.03 + 0.15 mg | Tableta | Blister | Si |
| | Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos) | 30 mcg | Comprimido | Blister | Si |
| | Levonorgestrel | 0.75 mg | Tableta | Blister | Si |
| | Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set) | 68 mg | Unidad Deposito | Implante | Si |
| | Condón Femenino | N/A | Unidad | Caja X 100 Unidades | Si |
| | Condón Masculino | N/A | unidad | Caja X 144 Unidades | Si |
| | Dispositivos Intrauterino con Cobre (Diu) | N/A | Unidad | Sobre | Si |

Kosy Femenos Novos.

