

Fecha: 28/09/2023

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL MUNICIPAL BARSEQUILLO

Servicio Regional Correspondiente:

VALDESIA

Porcentaje de Cumplimiento 69,0%

No.	Almacn de Insumos e Insumos	Si / No No Aplica
1	¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS? (ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.)	NO
2	¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALLETES?	NO
3	¿EXISTE BUENA ILUMINACIÓN?	SI
4	¿ALMACÉN LIBRE DE HUMEDAD, GOTERAS Y FILTRACIONES?	NO
5	¿SE ENCUENTRAN AL DÍA LOS REGISTROS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD?	NO APLICA
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?	NO
8	¿SE ENCUENTRAN LIMPIOS LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS?	NO
9	¿LOS MEDICAMENTOS ESTÁN COLOCADOS GUARDANDO DISTANCIA DE LAS PAREDES, TECHO Y PISO?	NO
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)	NO
12	¿LOS MEDICAMENTOS SENSIBLES A LA LUZ, TEMPERATURA Y HUMEDAD, ESTÁN ALMACENADOS ADECUADAMENTE?	NO
13	¿EL EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?	NO
14	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EXPIRADOS?	NO
15	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO?	NO
16	¿SEPARA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS EXPIRADOS O EN MAL ESTADO?	NO
17	¿AUSENCIA DE INSECTOS, ROEDORES Y OTROS?	SI
18	¿CUENTA CON EXTINGUIDOR DE INCENDIOS FUNCIONANDO Y BIEN UBICADO?	NO
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?	NO
22	¿EL PERSONAL CONOCE Y APLICA CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS?	NO
23	¿SE HAN EFECTUADO LOS INVENTARIOS, SEÑALADOS EN EL PROCEDIMIENTO?	NO
24	¿COINCIDE EL CONTEO REALIZADO CON LO REGISTRADO EN EL SOFTWARE O TCE-TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIA?	NO
25	¿ESTÁN ADECUADAMENTE ELABORADOS Y ARCHIVADOS LOS DOCUMENTOS DE INGRESO Y SALIDA DE PRODUCTOS DEL ALMACÉN?	SI
26	¿EL PERSONAL EVITA COMER, BEBER O FUMAR DENTRO DEL ALMACÉN?	SI
27	¿EL PERSONAL UTILIZA LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD?	NO
28	¿TUVO DISPONIBLE TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAZADORES LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	SI
No.	Farmacia Central	Si / No No Aplica
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 PROTEGIDOS 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 ESTÁ CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURAS 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?	NO APLICA
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



Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Estado de Trazadores
DM-FO-018 Versión: 03
Fecha de aprobación: 15/05/2021

17	¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS, CARTONES)?	SI
18	¿SE REALIZÓ EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZÓ LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	SI
19	¿REALIZÓ LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLÓ 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 No Aplica
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 MANEJA?	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?	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 ESTÁ CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C?	SI
12	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PRODUCTOS?	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)?	SI
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS?	SI
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 REALIZÓ EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZÓ LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	SI
19	¿REALIZÓ LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLÓ LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	SI
20	¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS?	SI

LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS						
		PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD	CEAS	ARV	TB	PT
			100%	100%	100%	80%
REF.	NOMBRE	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 Ipratropia	0.9mg/3 MI	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	NO APLICA	
	Ergometrina Hidromaleato	200 mg / mL	inyectable	Ampolla	NO APLICA	
	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	NO APLICA	
	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	
	Fentolna 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	SI	
	Atazanavir / Ritonavir	300 mg/ 100mg	Tabletas	Frasco	SI	
	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	SI	
	Danuravir	600 mg	Tableta	Frasco	NO APLICA	
	Efavirenz	600 mg	Tableta	Frasco	SI	
	Emtricitabina / Tenofovir	200 mg/300 mg	Tableta	Frasco	SI	
	Tenofovir / Lamivudina	300 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	NO APLICA	
	Dolutegravir	50mg	Tableta	Frasco	NO APLICA	

SNS SERVICIO NACIONAL		Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Transadores DBS-FO-015 Versión: 01 Fecha de aprobación: 15/05/2021			
ART FARMACOLÓGICO	Abacavir	20 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	NO APLICAR
	Efavirenz	200 mg	Tableta	Frasco X 30	NO APLICAR
	Efavirenz	50 mg	Tableta	Frasco X 30	NO APLICAR
	Raltegravir	25mg	Tableta	Frasco	NO APLICAR
	Lopinavir / Ritonavir	100 mg + 25 mg	Tableta	Frasco	NO APLICAR
	Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)	80 mg + 30 mg	Suspensión Oral	Frasco X 120 ML	NO APLICAR
	Nevirapina	50 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	NO APLICAR
	Zidovudina	50 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL	SI
	Zidovudina / Lamivudina	60 mg + 30 mg	Tableta	Frasco	NO APLICAR
	Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina	60 mg + 30 mg + 50 mg	Tableta	Frasco	NO APLICAR
PRUEBAS	Formula Infantil	N/A	Lata	Lata	NO
	Prueba Sifilis Humana	N/A	N/A	Kit X 50	SI
	Pruebas Rápidas para HIV (Tamiage)	N/A	N/A	Kit X 100	NO APLICAR
	Prueba Rápida de HIV (Confirmatoria)	N/A	N/A	Kit X 20	NO APLICAR
OTROS	Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR	N/A	N/A	N/A	NO APLICAR
	Kit para Toma de Muestra de Baciloscopia	N/A	N/A	N/A	NO APLICAR
	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco	SI
TB 1MA UNIA	Etambutol	400 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Rifampicina	300 mg	Capfula	Blistar	NO APLICAR
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg	Tableta	Blistar	SI
	Rifampicina + Isoniazida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blistar (Disp.)	NO APLICAR
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg + 150 mg	Tableta	Blistar (Disp.)	SI
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blistar	SI
TB 2MA UNIA	Rifapentina	150 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Ac. Paraminosalicílico	4 gr	Granulado	Sobre	NO APLICAR
	Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	SI
	Amoxicilina/Clavulato	675/125 Mg	Tableta	Blistar	SI
	Bedaquilina	100 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Capreomicina vial	1000 mg	Poivo	Frasco	NO APLICAR
	Cloxacilina	250 mg	Capfula	Blistar	NO APLICAR
	Clofazimina	100 mg	Capfula	Blistar	NO APLICAR
	Delamanid	50 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Etonamida	250 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Impipem/Clostatina	500 mg	Poivo	Vial	SI
	Kanamicina	1000 mg	Poivo	Vial	NO APLICAR
	Levofloxacina	250 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Levofloxacina	100 mg	Tableta dispersable	Blistar	NO APLICAR
	Levofloxacina	500 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Levofloxacina Infusión	1000 mg	Solución	Vial	SI
	Linezolid	600 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Meropenem	500 mg	Poivo	Vial	SI
	Moxifloxacina	100 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Moxifloxacina	400 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Pirazinamida	150 mg	Tableta	Blistar	NO APLICAR
OTROS	Pretomanid	200 mg	Tableta	Frasco	NO APLICAR
	Proteonamida	250 mg	Tableta Recubierta	Blistar	NO APLICAR
	Vitamina B6	100 Mg 250 U	Tableta	Blistar	NO APLICAR
	Acetato de Medroprogesterona (inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	SI
OTROS	Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Cidos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blistar	SI
	Levonorgestrel - Minipíldoras (Cidos)	30 mcg	Comprimido	Blistar	SI

Criterios de Buenas Prácticas de Almacenamiento y Listado de Transadores
DMJ-FO-016 Versión: 05
Fecha de aprobación: 15/09/2001

NOMBRE/FORMA FARMACOLÓGICA	 SNS SERVICIO NACIONAL				
	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	NO
	Condón Masculino	N/A	unidad	Caja X 144 Unidades	SI
	Dispositivos Intrauterino con Cobre (Diu)	N/A	Unidad	Sobre	SI

FARMACIA GENERAL











ALMACEN









