

Fecha: 22/12/2023

Nombre del Establecimiento de Salud:

Hospital Provincial Dr. Elio Fiallo

Servicio Regional Correspondiente:

Enriquillo, IV

**Porcentaje de Cumplimiento 26%**

| No. | Almacen de Medicamentos e Insumos                                                                                                                         | Si / No<br>No Aplica |
|-----|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| 1   | ¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS?<br>(ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.) | No Aplica            |
| 2   | ¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETES?                                                                            | No Aplica            |
| 3   | ¿EXISTE BUENA ILUMINACIÓN?                                                                                                                                | No Aplica            |
| 4   | ¿ALMACÉN LIBRE DE HUMEDAD, GOTERAS Y FILTRACIONES?                                                                                                        | No Aplica            |
| 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                                    | No Aplica            |
| 7   | ¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, LIMPIOS Y ORDENADOS LOS ESTANTES Y PALLETES?                                                                               | No Aplica            |
| 8   | ¿SE ENCUENTRAN LIMPIOS LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS?                                                                                                       | No Aplica            |
| 9   | ¿LOS MEDICAMENTOS ESTÁN COLOCADOS GUARDANDO DISTANCIA DE LAS PAREDES, TECHO Y PISO?                                                                       | No Aplica            |
| 10  | ¿LOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDOS DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O LUZ BLANCA (FLUORESCENTE)?                                                         | No Aplica            |
| 11  | ¿LOS MEDICAMENTOS DE FECHA DE EXPIRACIÓN MÁS PRÓXIMA SE ENCUENTRAN EN PRIMER PLANO, ORDENADOS SEGÚN PEPE?<br>(PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)    | No Aplica            |
| 12  | ¿LOS MEDICAMENTOS SENSIBLES A LA LUZ, TEMPERATURA Y HUMEDAD, ESTÁN ALMACENADOS ADECUADAMENTE?                                                             | No Aplica            |
| 13  | ¿EL EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?                                                                         | No Aplica            |
| 14  | ¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EXPIRADOS?                                                                                                                      | No Aplica            |
| 15  | ¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO?                                                                                                                  | No Aplica            |
| 16  | ¿SEPARA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS EXPIRADOS O EN MAL ESTADO?                                                                                  | No Aplica            |
| 17  | ¿AUSENCIA DE INSECTOS, ROEDORES Y OTROS?                                                                                                                  | No Aplica            |
| 18  | ¿CUENTA CON EXTINGUIDOR DE INCENDIOS FUNCIONANDO Y BIEN UBICADO?                                                                                          | No Aplica            |
| 19  | ¿LOS DETERGENTES O PRODUCTOS TÓXICOS QUE PUEDAN DAÑAR A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SON GUARDADOS EN UN LUGAR DIFERENTE AL ALMACÉN?             | No Aplica            |
| 20  | ¿SE ENCUENTRAN OPERATIVOS TODOS LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS DEL ALMACÉN?                                                                                       | No Aplica            |
| 21  | ¿TODO EL PERSONAL TIENE A LA MANO SU MANUAL DE PROCEDIMIENTOS?                                                                                            | No Aplica            |
| 22  | ¿EL PERSONAL CONOCE Y APLICA CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS?                                                                                            | No Aplica            |
| 23  | ¿SE HAN EFECTUADO LOS INVENTARIOS, SEÑALADOS EN EL PROCEDIMIENTO?                                                                                         | No Aplica            |
| 24  | ¿COINCIDE EL CONTEO REALIZADO CON LO REGISTRADO EN EL SOFTWARE O TCE-TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIA?                                                    | No Aplica            |
| 25  | ¿ESTÁN ADECUADAMENTE ELABORADOS Y ARCHIVADOS LOS DOCUMENTOS DE INGRESO Y SALIDA DE PRODUCTOS DEL ALMACÉN?                                                 | No Aplica            |
| 26  | ¿EL PERSONAL EVITA COMER, BEBER O FUMAR DENTRO DEL ALMACÉN?                                                                                               | No Aplica            |
| 27  | ¿EL PERSONAL UTILIZA LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD?                                                                                                        | No Aplica            |
| 28  | ¿TUVO DISPONIBLE TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAZADORES LOS ÚLTIMOS 6 MESES?                                                                                   | No Aplica            |
| No. | Farmacia Central                                                                                                                                          | Si / No<br>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 MANEJAN?                                                                 | No                   |
| 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?                                                            | No                         |
| 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 TARIJETAS 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 TARIJETAS 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                         |
| <b>No. Farmacia de Emergencia</b> |                                                                                                                                         | <b>Si / No / No Aplica</b> |
| 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 TARIJETAS 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 TARIJETAS 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                  |



| LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES |                                                        |                      |                       |              |                   |
|------------------------------------|--------------------------------------------------------|----------------------|-----------------------|--------------|-------------------|
| PORCENTAJE DE CUMPLIMIENTO         |                                                        | CEAS                 | ARV                   | TB           | PF                |
|                                    |                                                        | 93%                  | 55%                   | 23%          | 88%               |
| REF                                | NOMBRE                                                 | CONCENTRACIÓN        | FORMA FARMACÉUTICA    | PRESENTACIÓN | SÍ / NO<br>APLICA |
| TRAZADORES (EAS)                   | Acetilcisteína                                         | 100 mg / mL          | inyectable            | Ampolla 3 mL | Si                |
|                                    | Ceftriaxona                                            | 1 g                  | inyectable            | Vial         | Si                |
|                                    | Bromuro De Ipratropio                                  | 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               | Blister      | No                |
|                                    | 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               | Blister      | No                |
|                                    | Metronidazol                                           | 5 mg/ mL             | inyectable            | Ampolla      | Si                |
|                                    | Nifedipina Sublingual                                  | 10 mg                | Tableta               | Blister      | Si                |
|                                    | Omeprazol                                              | 40 mg / mL           | Polvos 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 MI              | 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       | Si                |
|                                    | Atazavir / Ritonavir                                   | 300 mg/ 100mg        | Tabletas              | Frasco       | Si                |
|                                    | Ritonavir                                              | 100mg                | Tabletas              | Frasco       | No                |
|                                    | Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate | 400mg/300mg/300mg    | Tableta               | Frasco       | No                |
|                                    | Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz                  | 300mg + 200mg + 600  | Tableta               | Frasco       | Si                |
|                                    | Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir               | 25mg + 200mg +50mg   | Tableta               | Frasco       | Si                |
|                                    | Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir                  | 300 mg+ 300mg + 50 n | Tabletas              | Frasco       | Si                |
|                                    | Raltegravir                                            | 400mg                | Tabletas              | Frasco       | Si                |
|                                    | Danuravir                                              | 600 mg               | Tableta               | Frasco       | No                |
|                                    | Efavirenz                                              | 600 mg               | Tableta               | Frasco       | Si                |
|                                    | Emtricitabina / Tenofovir                              | 200 mg/300 mg        | Tableta               | Frasco       | Si                |
|                                    | Tenofovir / Lamivudina                                 | 300 mg + 300 mg      | Tableta               | Frasco       | Si                |
|                                    | Zidovudina / Lamivudina                                | 300 mg + 150 mg      | Tableta               | Frasco       | No                |
|                                    | Dolutegravir                                           | 50mg                 | Tableta               | Frasco       | Si                |

|                        |                                                      |                         |                 |                     |           |
|------------------------|------------------------------------------------------|-------------------------|-----------------|---------------------|-----------|
| ARV PEDIATRICO         | Abacavir                                             | 20 mg/ml                | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL     | No        |
|                        | Efavirenz                                            | 200 mg                  | Tableta         | Frasco X 30         | No        |
|                        | Efavirenz                                            | 50 mg                   | Tableta         | Frasco X 30         | No        |
|                        | Raltegravir                                          | 25mg                    | Tableta         | Frasco              | No        |
|                        | Lopinavir / Ritonavir                                | 100 mg + 25 mg          | Tableta         | Frasco              | No        |
|                        | Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)                      | 80 mg + 20 mg           | Suspensión Oral | Frasco X 120 ML     | No        |
|                        | Nevirapina                                           | 50 mg/5ml               | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL     | No        |
|                        | Zidovudina                                           | 50 mg/5ml               | Suspensión Oral | Frasco X 240 mL     | Si        |
|                        | Zidovudina / Lamivudina                              | 60 mg + 30 mg           | Tableta         | Frasco              | No        |
|                        | Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina                 | 60 mg + 30 mg + 50 mg   | Tableta         | Frasco              | No        |
| PRUEBAS                | Formula Infantil                                     | N/A                     | Lata            | Lata                | Si        |
|                        | Prueba Sifilis 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                 | Si        |
|                        | 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 - 3BA, LINEA        | Etambutol                                            | 400 mg                  | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Etambutol                                            | 100 mg                  | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Isoniazida                                           | 100 mg                  | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Isoniazida                                           | 300 mg                  | Tableta         | Blister             | Si        |
|                        | Pirazinamida                                         | 500 mg                  | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Rifampicina                                          | 300 mg                  | Capsula         | Blister             | No Aplica |
|                        | Rifampicina + Isoniazida                             | 150 mg + 75 mg          | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol  | 150 mg + 75 mg + 400 mg | Tableta         | Blister             | No Aplica |
|                        | Rifampicina + Isoniazida                             | 75 mg + 50 mg           | Tableta         | Blister (Disp.)     | No Aplica |
|                        | Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida              | 75 mg + 50 mg + 150 mg  | Tableta         | Blister (Disp.)     | No Aplica |
| PLANIFICACION FAMILIAR | Rifampicina + Isoniazida + Etambutol                 | 150 mg + 75 mg + 275 mg | 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             | No        |
|                        | 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        |