

Fecha: 21/12/2023

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL MUNICIPAL NUESTRA SEÑORA DEL CARMEN

Servicio Regional Correspondiente:

EL VALLE 6

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.)	No Aplica	
2	¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETAS?	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? (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 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 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?	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 AREA?	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	



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



[Handwritten signature]

LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS					
PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD		CEAS	ARV	TB	PF
		97%		29%	100%
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 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	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	Blister	Si
	Metronidazol	5 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	Si
	Nifedipina Sublingual	10 mg	Tableta	Blister	No
	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/MI	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 / MI	Inyectable	Vial	Si
	N Butil Bromuro De Hioscina	20 mg / MI	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	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Efavirenz	600 mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Emtricitabina / Tenofovir	200 mg + 300 mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Tenofovir / Lamivudina	300 mg + 300 mg	Tabletas	Frasco	No Aplica
	Dolutegravir	50mg	Tabletas	Frasco	No Aplica



[Handwritten signature]

GRUPO	Nombre del medicamento	Dosis	Forma farmacéutica	Envase	Aplicación	
ARV PEDIÁTRICO	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 ML	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	
	Kit para Toma de Muestra de Baciloscopia	N/A	N/A	N/A	No	
	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco	No	
TB - IRA. 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	No Aplica	
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
	Rifampicina	300 mg	Capsula	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	
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
	Rifapentina	150 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
	TB-ZDA LINEA	Ac. Paraminosalicílico	4 gr	Granulado	Sobre	No Aplica
		Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	Si
Amoxicilina/Clavulanto		875/125 Mg	Tableta	Blister	No	
Bedaquilina		100 mg	Tableta	Blister	No Aplica	
Capreomicina vial		1000 mg	Poivo	Frasco	No	
Cicloserina		250 mg	Capsula	Blister	No	
Clofazimina		100 mg	Capsula	Blister	No	
Delamanid		50 mg	Tableta	Blister	No	
Etionamida		250 mg	Tableta	Blister	No	
Impipem/Clastatina		500 mg	Poivo	Vial	No	
Kanamicina		1000 mg	Poivo	Vial	No	
Levofloxacin		250 mg	Tableta	Blister	Si	
Levofloxacin		100 mg	Tableta dispersable	Blister	Si	
Levofloxacin		500 mg	Tableta	Blister	Si	
Levofloxacin Infusión		1000 mg	Solución	Vial	Si	
Linezolid		600 mg	Tableta	Blister	No	
Meropenem		500 mg	Poivo	Vial	Si	
Moxifloxacin		400 mg	Tableta	Blister	No	
Moxifloxacin		400 mg	Tableta	Blister	No	
Pirazinamida		400 mg	Tableta	Blister	No	
Pretomanid		200 mg	Tableta	Frasco	No	
Proteonamida		250 mg	Tableta Recubierta	Blister	No	
Vitamina B6		100 Mg 250 UI	Tableta	Blister	No	



[Handwritten signature]

PLANIFICACION FAMILIAR	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blistér	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



Handwritten signature

Padre Las Casas, Azua., RD
12/12/2023

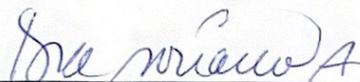
Estimados señores,

Por medio de la presente, me dirijo a ustedes en calidad de Directora del Hospital Municipal Nuestra Señora Del Carmen para comunicarles que nuestro centro de salud no cuenta con un almacén de medicamentos e insumos ni programas especiales (programas de VIH Y TB). Nos vemos en la obligación de reconocer y admitir esta carencia, y consideramos que es importante ponerlos en conocimiento al respecto.

Es de nuestro interés solucionar esta problemática a la brevedad posible. Para ello, estamos trabajando en la búsqueda de alternativas y opciones que nos permitan establecer un adecuado almacén de medicamentos y programas especiales. Asumimos la responsabilidad de mejorar nuestra infraestructura y servicios, con el fin de asegurar la disponibilidad y el acceso oportuno a los medicamentos necesarios para nuestros pacientes.

Agradecemos su comprensión y paciencia mientras abordamos esta cuestión. Nos comprometemos a mantenerlos informados sobre los avances que se realicen en la implementación de las mejoras requeridas.

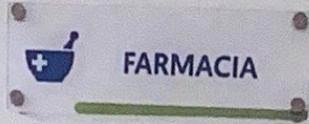
Atentamente,



Dra. Serma Ruth Soriano Agramonte
Directora



FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



Handwritten signature

FARMACIA



FARMACIA



Handwritten signature

FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



Handwritten signature

FARMACIA



[Handwritten signature]

FARMACIA



Handwritten signature or initials in blue ink.

Vertical stamp or text on the right edge of the page, partially obscured.