

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA
OSPEDALIERA**

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*	
				<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
1. Informazione	1.1. Interrogazione di fonti informative, banche dati e metanalisi	2010	40	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2 Attività di informazione passiva		5	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	1.3 Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti		25	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Farmaco e dispositivovigilanza	2.1 Monitoraggio di ADR e da utilizzo di DM		50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2 Gestione dei flussi informativi di FV		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.3 Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4 Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
3. Area gestionale e di Governo clinico	3.1 Partecipazione alla predisposizione di capitolati tecnici per l'acquisizione di materiali sanitari		80	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2 Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM		80	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3 Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi		40	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5 Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Management	4.1 Attività di contabilità direzionale per centri di costo		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	4.2 Attività di programmazione e pianificazione del budget aziendale			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA
OSPEDALIERA**

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*	
				<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
5. Sperimentazione clinica	5.1 Valutazione dei protocolli di sperimentazione		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.2 Partecipazioni a riunioni di un CE locale			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	5.3 Gestione di campioni sperimentali		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.5 Produzione di report di attività di un CE		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Partecipazione a studi multicentrici		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Produzione medicinali e terapie personalizzate	6.1 Produzione di preparati magistrali e officinali non sterili		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Attività di monitoraggio dei pazienti trattati con terapie personalizzate			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	6.5 Elaborazione di reports di analisi di pazienti trattati con terapie personalizzate			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
7. Farmaceutica Territoriale	7.1 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva inerenti il servizio prestato dalle farmacie e il commercio dei medicinali			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	7.2 Controlli sulle prestazioni rese dalle farmacie aperte al pubblico, in regime convenzionale con il SSN			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	7.3 Attività di erogazione agli utenti del SSN di medicinali ed altro materiale sanitario			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	7.4 Analisi atti amministrativi per farmacie e distribuzione all'ingrosso dei farmaci			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO

QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA OSPEDALIERA

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*	
				<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	7.5 Monitoraggio dei dati di prescrizione attraverso l'interrogazione di banche dati			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	7.6 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
8. Attività professionali obbligatorie	8.1 partecipazione a corsi di aggiornamento, seminari, dimostrazioni, conferenze e congressi		10	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	8.2 partecipazione a studi multicentrici nell'ambito della farmacoepidemiologia e farmacoconomia;		20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Altre attività	9.1 Radiofarmacia;		60	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TUTOR AZIENDALE	nome: Luanacognome: ...Dal Canto.....recapiti telefonici...050/992012-2207.....e-mail:.....			1050	
TUTOR AZIENDALE	nome: Danilacognome: Peverini.....recapiti telefonici...050/992012-3129.....e-mail:...d.peverini@ao-pisa.toscana.it.....				

Per l'anno 2010 l'offerta formativa potrà essere rivolta ad un massimo di tre studenti

**Indicare le attività sulle quali questa Struttura si propone per la formazione di specializzandi della SSFO*

Il Presente questionario è stato compilato dal Dott.ssa: Dal Canto Luana Direttore f.f. della UOC: Farmaceutica

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA
OSPEDALIERA**

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*
I dati si riferiscono alla UOC: Farmaceutica Indirizzo: Via Roma,67 Tel: 050992012 Fax:050/992309 e-mail: l.dalcanto@ao-pisa.toscana.it				
Data 15.09.2009	Firma e timbro:			

**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA
OSPEDALIERA**



**QUESTIONARIO DI RILEVAZIONE DELLE ATTIVITA' PER TIROCINIO PRATICO - SCUOLA DI SPECIALIZZAZIONE IN FARMACIA
OSPEDALIERA**

