

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

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*	
1. Informazione	1.1. Interrogazione di fonti informative, banche dati e metanalisi	II	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2 Attività di informazione passiva	I	100	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.3 Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti	II-III	40	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Farmaco e dispositivovigilanza	2.1 Monitoraggio di ADR e da utilizzo di DM	II-III	400	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2 Gestione dei flussi informativi di FV	II-III	400	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.3 Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici	II	100	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4 Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva	II	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto	II	10	<input 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	IV	10	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2 Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM	I-II	400	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3 Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale	IV	10	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari	III	10	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi	IV	200	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5 Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report	IV	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Management	4.1 Attività di contabilità direzionale per centri di costo	I-II	200	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	4.2 Attività di programmazione e pianificazione del budget aziendale	I	100	<input type="checkbox"/> SI	<input 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*	
5. Sperimentazione clinica	5.1 Valutazione dei protocolli di sperimentazione	II-III	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.2 Partecipazioni a riunioni di un CE locale	II-III	20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.3 Gestione di campioni sperimentali	III	20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices	III	20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.5 Produzione di report di attività di un CE	II	20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Partecipazione a studi multicentrici	II	20	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
6. Produzione medicinali e terapie personalizzate	6.1 Produzione di preparati magistrali e officinali non sterili	I-II	300	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili	II-III	500	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali	I	300	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni	I	200	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Attività di monitoraggio dei pazienti trattati con terapie personalizzate	III	100	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Elaborazione di reports di analisi di pazienti trattati con terapie personalizzate	III	100	<input type="checkbox"/> SI	<input 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	IV	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.2 Controlli sulle prestazioni rese dalle farmacie aperte al pubblico, in regime convenzionale con il SSN	IV	300	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.3 Attività di erogazione agli utenti del SSN di medicinali ed altro materiale sanitario	IV H-T	200	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.4 Analisi atti amministrativi per farmacie e distribuzione all'ingrosso dei farmaci	IV	50	<input type="checkbox"/> SI	<input 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*	
	7.5 Monitoraggio dei dati di prescrizione attraverso l'interrogazione di banche dati	II-IV	200	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.6 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica	IV H-T	400	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Attività professionali obbligatorie	8.1 partecipazione a corsi di aggiornamento, seminari, dimostrazioni, conferenze e congressi	I-II	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	8.2 partecipazione a studi multicentrici nell'ambito della farmacoepidemiologia e farmacoeconomia;	II	50	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
9. Altre attività	9.1 Radiofarmacia;	----	---	<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
TUTOR AZIENDALE	nome: ...Roberto...cognome: Banfi.....recapiti telefonici ..3351396621....e-mail: r.banfi@usl11.toscana.it				

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

Il Presente questionario è stato compilato dal Dott.:Roberto Banfi.....Direttore della UOC: Assistenza Farmaceutica..

I dati si riferiscono alla UOC: Assistenza Farmaceutica (Ospedale/Territorio)..Indirizzo:Via Prov.Pisana 170.Tel:0571/702001-3351396621..Fax:0571/702004.....e-mail:r.banfi@usl11.toscana.it.

Data.....Firma e timbro: