

**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	2009	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2 Attività di informazione passiva	2009	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.3 Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
2. Farmaco e dispositivovigilanza	2.1 Monitoraggio di ADR e da utilizzo di DM	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2 Gestione dei flussi informativi di FV	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.3 Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici	2009	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4 Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto	2009	400	<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	2009	500	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2 Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM	2009	500	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3 Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale	2009	50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi	2009	500	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5 Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report	2009	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Management	4.1 Attività di contabilità direzionale per centri di costo	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	4.2 Attività di programmazione e pianificazione del budget aziendale	2009	100	<input checked="" 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	2009	400	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.2 Partecipazioni a riunioni di un CE locale	2009	400	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.3 Gestione di campioni sperimentali	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	5.5 Produzione di report di attività di un CE			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	Partecipazione a studi multicentrici	2009	100	<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	2009	500	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili	2009	600	<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali	2009	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni	2009	200	<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	2009	100	<input checked="" 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	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.2 Controlli sulle prestazioni rese dalle farmacie aperte al pubblico, in regime convenzionale con il SSN	2009	300	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.3 Attività di erogazione agli utenti del SSN di medicinali ed altro materiale sanitario	2009	1500	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.4 Analisi atti amministrativi per farmacie e distribuzione all'ingrosso dei farmaci	2009	600	<input checked="" 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	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.6 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
8. Attività professionali obbligatorie	8.1 partecipazione a corsi di aggiornamento, seminari, dimostrazioni, conferenze e congressi	2009	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	8.2 partecipazione a studi multicentrici nell'ambito della farmacoepidemiologia e farmacoeconomia;			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
9. Altre attività	9.1 Radiofarmacia;			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
TUTOR AZIENDALE	nome:.....cognome:.....recapiti telefonici.....e-mail:.....				

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

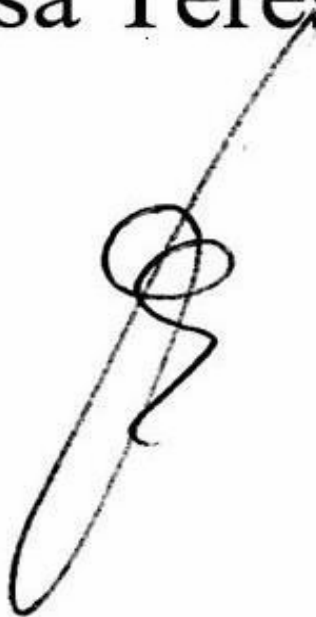
Il Presente questionario è stato compilato dal Dott.:...SIRNA...ALFIO.....Direttore della UOC:...FARMACIA OSPEDALIERA.....
I dati si riferiscono alla UOC:FARMACIA OSPEDALIERA.....Indirizzo:Tel:....0557192523.....Fax:0557192242.....e-mail:alfio.sirna@asf.toscana.it.....
Data.....Firma e timbro:

*Il Presente questionario è stato compilato dalla D.ssa:...BROCCA...TERESA.....Direttore DEL DIPARTIMENTO DEL FARMACO.....
I dati si riferiscono alla UOC:FARMACIA TERRITORIALEIndirizzo:Tel:....0556263679.....Fax:0556263908.....e-mail:teresa.brocca@asf.toscana.it.....

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

Area tematica	Attività	anno	ore/n.	Attività del servizio*
Data...01/09/2009.....Firma e timbro:				

Dr.ssa Teresa Brocca

A handwritten signature in black ink, consisting of several loops and a long vertical stroke, positioned below the printed name.