

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

<b>Area tematica</b>	<b>Attività</b>	<b>anno 08/09/10</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
<b>1. Informazione</b>	1.1. Interrogazione di fonti informative, banche dati e metanalisi			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2. Attività di informazione passiva			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.3. Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>2. Farmaco e dispositivovigilanza</b>	2.1. Monitoraggio di ADR e da utilizzo di DM		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2. Gestione dei flussi informativi di FV		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.3. Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4. Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5. Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto		50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>3. Area gestionale e di Governo clinico</b>	3.1. Partecipazione alla predisposizione di capitolati tecnici per l'acquisizione di materiali sanitari		150	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2. Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM		300	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3. Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale		n 2	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4. Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari		n2	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4. Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5. Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report		150	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. Management</b>	4.1. Attività di contabilità direzionale per centri di costo		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	4.2. Attività di programmazione e pianificazione del budget aziendale		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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

<b>Area tematica</b>	<b>Attività</b>	<b>anno 08/09/10</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
<b>5. Sperimentazione clinica</b>	5.1 Valutazione dei protocolli di sperimentazione			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.2 Partecipazioni a riunioni di un CE locale			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.3 Gestione di campioni sperimentali		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.5 Produzione di report di attività di un CE			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Partecipazione a studi multicentrici			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>6. Produzione medicinali e terapie personalizzate</b>	6.1 Produzione di preparati magistrali e officinali non sterili		200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Attività di monitoraggio dei pazienti trattati con terapie personalizzate		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Elaborazione di reports di analisi di pazienti trattati con terapie personalizzate		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>7. Farmaceutica Territoriale</b>	7.1 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva inerenti il servizio prestato dalle farmacie e il commercio dei medicinali		120	<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		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.3 Attività di erogazione agli utenti del SSN di medicinali ed altro materiale sanitario		300	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.4 Analisi atti amministrativi per farmacie e distribuzione all'ingrosso dei farmaci		100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO

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

<b>Area tematica</b>	<b>Attività</b>	<b>anno 08/09/10</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
	7.5 Monitoraggio dei dati di prescrizione attraverso l'interrogazione di banche dati		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.6 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica		120	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>8. Attività professionali obbligatorie</b>	8.1 partecipazione a corsi di aggiornamento, seminari, dimostrazioni, conferenze e congressi		30	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	8.2 partecipazione a studi multicentrici nell'ambito della farmacoepidemiologia e farmacoconomia;			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>9. Altre attività</b>	9.1 Radiofarmacia;			<input type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>TUTOR AZIENDALE</b>	nome: Tiberio cognome: .Corona..recapiti telefonici...050-954316.....e-mail: t.corona@usl5.toscana.it				

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

Le strutture del Dipartimento nelle quali possono essere svolte le suddette attività sono quelle di Pisa, Pontedera e Volterra per un massimo di 3/4 specializzandi

Il Presente questionario è stato compilato dal Dott.: .....Tiberio Corona.....Direttore del Dipartimento del Farmaco - Azienda USL n. 5 di Pisa
I dati si riferiscono al Dipartimento del Farmaco Indirizzo: Via Zamenhof, 1 Pisa Tel:050-954316...Fax:.....e-mail: t.corona@usl5.toscana.it
Data.....29/09/2009.....Firma e timbro: .....