

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

<b>Area tematica</b>	<b>Attività</b>	<b>anno</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
<b>1. Informazione</b>	1.1. Interrogazione di fonti informative, banche dati e metanalisi	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2 Attività di informazione passiva	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.3 Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti	I-IV	2	<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	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2 Gestione dei flussi informativi di FV	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.3 Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici	I-IV	4	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4 Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva	I-IV	1	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto	I-IV	10	<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	I-IV	4	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2 Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM	I-IV	400	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3 Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale	I-IV	5	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari	I-IV	3	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5 Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report	I-IV	3	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>4. Management</b>	4.1 Attività di contabilità direzionale per centri di costo	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	4.2 Attività di programmazione e pianificazione del budget aziendale	I-IV	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</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
<b>5. Sperimentazione clinica</b>	5.1 Valutazione dei protocolli di sperimentazione	I-IV	50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.2 Partecipazioni a riunioni di un CE locale	I-IV	5	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.3 Gestione di campioni sperimentali	I-IV	5	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices	I-IV	1	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.5 Produzione di report di attività di un CE	I-IV	1	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	Partecipazione a studi multicentrici	I-IV	1	<input checked="" 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	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni	I-IV	20	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Attività di monitoraggio dei pazienti trattati con terapie personalizzate	I-IV	50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Elaborazione di reports di analisi di pazienti trattati con terapie personalizzate	I-IV	3	<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	I-IV	10	<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	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.3 Attività di erogazione agli utenti del SSN di medicinali ed altro materiale sanitario	I-IV	300	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.4 Analisi atti amministrativi per farmacie e distribuzione all'ingrosso dei farmaci	I-IV	50	<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</b>	<b>ore/n.</b>	<b>Attività del servizio*</b>	
	7.5 Monitoraggio dei dati di prescrizione attraverso l'interrogazione di banche dati	I-IV	50	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	7.6 Monitoraggio dell'appropriatezza prescrittiva e della spesa farmaceutica	I-IV	300	<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	I-IV	200	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	8.2 partecipazione a studi multicentrici nell'ambito della farmacoepidemiologia e farmacoconomia;	I-IV	3	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>9. Altre attività</b>	9.1 Radiofarmacia;	I-IV	100	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
<b>TUTOR AZIENDALE</b>	nome: FABIO cognome: LENA      recapiti telefonici 0586/223031 e-mail:c.etico.sp-cl@nord.usl6.toscana.it				

***\*Indicare le 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 Livorno, Cecina e Piombino per un massimo di 3 specializzandi (uno per struttura)**

Il Presente questionario è stato compilato dal Dott.: FABIO LENA Direttore del DIPARTIMENTO POLITICHE DEL FARMACO ED ATTIVITA' FARMACEUTICHE AZ. USL 6 LIVORNO
I dati si riferiscono alla UOC: Indirizzo: via Gramsci, 137-57124 Livorno (Li) Tel:0586/223029 Fax:0586/223035 e-mail:f.lena@nord.usl6.toscana.it
Data.....Firma e timbro: .....

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



2950