

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

Area tematica	Attività	anno 08-09-10	ore/n.	Attività del servizio*	
1. Informazione	1.1. Interrogazione di fonti informative, banche dati e metanalisi	100	ore	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.2 Attività di informazione passiva	100	ore	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	1.3 Partecipazione a progetti con la produzione di testi rivolti a sanitari o pazienti	1	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
2. Farmaco e dispositivi vigilanza	2.1 Monitoraggio di ADR e da utilizzo di DM	100	ore	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.2 Gestione dei flussi informativi di FV			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
	2.3 Produzione di reports informativi di feed-back destinati ai medici	2	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.4 Partecipazione allo sviluppo di progetti di FV attiva	1	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	2.5 Partecipazione ad interventi di vigilanza ispettiva nell'armadio farmaceutico di reparto	10	n.	<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	1	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.2 Partecipazione alla gestione del PT e del Repertorio DM	400	ore	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.3 Partecipazione alle riunioni della Commissione Terapeutica Locale	2	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Partecipazione a riunioni di commissioni e/o gruppi di lavoro interdisciplinari	3	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.4 Gestione farmaci stupefacenti e psicotropi	200	ore	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	3.5 Analisi delle prescrizioni farmaceutiche ed elaborazione di report	3	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
4. Management	4.1 Attività di contabilità direzionale per centri di costo	200	ore	<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 08-09-10	ore/n.	Attività del servizio*	
5. Sperimentazione clinica	5.1 Valutazione dei protocolli di sperimentazione	100	n.	<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	10	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	5.4 Verifica Good Clinical Practices	2	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input 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	2	n.	<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	400	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.2 Produzione di preparati magistrali sterili	400	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.3 Documentazione processi di produzione dei medicinali	200	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.4 Controlli su ambienti, attrezzature e operazioni di preparazioni	40	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Attività di monitoraggio dei pazienti trattati con terapie personalizzate	100	n.	<input checked="" type="checkbox"/> SI	<input type="checkbox"/> NO
	6.5 Elaborazione di reports di analisi di pazienti trattati con terapie personalizzate	6	n.	<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			<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 08-09-10	ore/n.	Attività del servizio*	
	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		40 n.	<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 checked="" type="checkbox"/> NO
9. Altre attività	9.1 Radiofarmacia;			<input type="checkbox"/> SI	<input checked="" type="checkbox"/> NO
TUTOR AZIENDALE	nome: Filippo Cognome: Misiani recapiti telefonici 0577.585637 e-mail: f.misiani@ao-siena.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.: Stefania Biagini Direttore della UOC Farmacia Fondazione Toscana Gabriele Monasterio

I dati si riferiscono alla UOC Farmacia Fondazione Toscana Gabriele Monasterio via Aurelia Sud Loc. Montepepe tel.0585493507 fax 0585/493503 e-mail stefania.biagini@ftgm.it