

Fecha: 26/6/2024

Nombre del Establecimiento de Salud:

HOSPITAL MUNICIPAL DE IMBERT

Servicio Regional Correspondiente:

II

**Porcentaje de Cumplimiento 87%**

No.	Almacén de Medicamentos e Insumos	Si / No / No Aplica
1	¿TODAS LAS ÁREAS DEL ALMACÉN ESTÁN DEBIDAMENTE DELIMITADAS E IDENTIFICADAS? (ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN, DE ADMINISTRACIÓN, ETC.)	Si
2	¿SE ENCUENTRAN LIBRES LAS PUERTAS Y LOS ESPACIOS ENTRE LOS ESTANTES Y PALETAS?	Si
3	¿EXISTE BUENA ILUMINACIÓN?	No
4	¿ALMACÉN LIBRE DE HUMEDAD, GOTERAS Y FILTRACIONES?	No
5	¿SE ENCUENTRAN AL DÍA LOS REGISTROS DE TEMPERATURA Y HUMEDAD?	Si
6	¿LA TEMPERATURA SE ENCUENTRA DENTRO DE LOS LÍMITES PERMITIDOS? AMBIENTAL ENTRE 15 Y 30 °C Y CADENA DE FRÍO DE 2 A 8°C	Si
7	¿SE ENCUENTRAN EN BUEN ESTADO, LIMPIOS Y ORDENADOS LOS ESTANTES Y PALLETES?	Si
8	¿SE ENCUENTRAN LIMPIOS LOS PISOS, PAREDES Y TECHOS?	Si
9	¿LOS MEDICAMENTOS ESTÁN COLOCADOS GUARDANDO DISTANCIA DE LAS PAREDES, TECHO Y PISO?	Si
10	¿LOS MEDICAMENTOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDOS DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O LUZ BLANCA (FLUORESCENTE)?	Si
11	¿LOS MEDICAMENTOS DE FECHA DE EXPIRACIÓN MÁS PRÓXIMA SE ENCUENTRAN EN PRIMER PLANO, ORDENADOS SEGÚN PEPE? (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)	Si
12	¿LOS MEDICAMENTOS SENSIBLES A LA LUZ, TEMPERATURA Y HUMEDAD, ESTÁN ALMACENADOS ADECUADAMENTE?	Si
13	¿EL EMPAQUE DE LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SE ENCUENTRA EN BUEN ESTADO?	Si
14	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EXPIRADOS?	Si
15	¿AUSENCIA DE MEDICAMENTOS EN MAL ESTADO?	Si
16	¿SEPARA LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS EXPIRADOS O EN MAL ESTADO?	Si
17	¿AUSENCIA DE INSECTOS, ROEDORES Y OTROS?	Si
18	¿CUENTA CON EXTINGUIDOR DE INCENDIOS FUNCIONANDO Y BIEN UBICADO?	Si
19	¿LOS DETERGENTES O PRODUCTOS TÓXICOS QUE PUEDAN DAÑAR A LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SANITARIOS SON GUARDADOS EN UN LUGAR DIFERENTE AL ALMACÉN?	Si
20	¿SE ENCUENTRAN OPERATIVOS TODOS LOS EQUIPOS ELÉCTRICOS DEL ALMACÉN?	Si
21	¿TODO EL PERSONAL TIENE A LA MANO SU MANUAL DE PROCEDIMIENTOS?	Si
22	¿EL PERSONAL CONOCE Y APLICA CORRECTAMENTE LOS PROCEDIMIENTOS?	Si
23	¿SE HAN EFECTUADO LOS INVENTARIOS, SEÑALADOS EN EL PROCEDIMIENTO?	Si
24	¿COINCIDE EL CONTEO REALIZADO CON LO REGISTRADO EN EL SOFTWARE O TCE-TARJETA DE CONTROL DE EXISTENCIA?	Si
25	¿ESTÁN ADECUADAMENTE ELABORADOS Y ARCHIVADOS LOS DOCUMENTOS DE INGRESO Y SALIDA DE PRODUCTOS DEL ALMACÉN?	Si
26	¿EL PERSONAL EVITA COMER, BEBER O FUMAR DENTRO DEL ALMACÉN?	Si
27	¿EL PERSONAL UTILIZA LOS IMPLEMENTOS DE SEGURIDAD?	Si
28	¿TUVO DISPONIBLE TODOS LOS MEDICAMENTOS TRAZADORES LOS ÚLTIMOS 6 MESES?	Si
No.	Farmacia Central	Si / No / No Aplica
1	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA?	Si
2	¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN?	No
3	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES?	No
4	¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE?	Si
5	¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN?	Si
6	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN?	Si
7	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS?	No
8	¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO?	Si
9	¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS EN EL ÁREA?	Si
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	Si
11	¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C?	Si
12	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS?	No
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS?	Si
14	¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)?	Si
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS?	No
16	¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE?	Si
17	¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS, CARTONES)?	Si
18	¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	Si
19	¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLÓ LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	Si



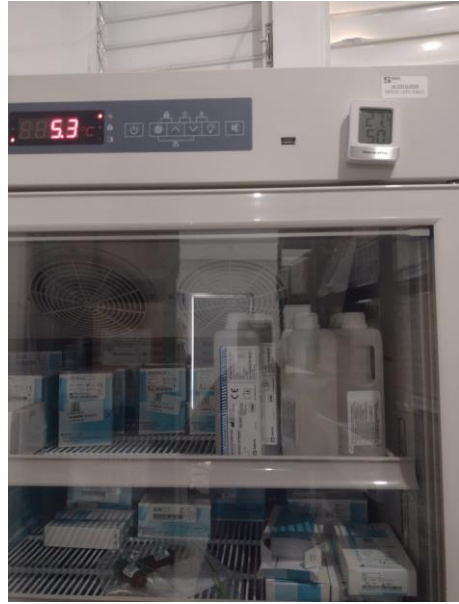
*Ind. Alvario Vega*

1	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIMPIA Y ORDENADA?	Si
2	¿EL ÁREA CUENTA CON ILUMINACIÓN Y VENTILACIÓN?	Si
3	¿EL ÁREA SE ENCUENTRA LIBRE DE HUMEDAD Y FILTRACIONES?	Si
4	¿LOS MEDICAMENTOS E INSUMOS SE ENCUENTRAN PROTEGIDO DE LA LUZ DIRECTA DEL SOL O DE LA LUZ BLANCA FLUORESCENTE?	Si
5	¿EL ESPACIO FÍSICO ES APROPIADO PARA EL VOLUMEN Y LA CANTIDAD DE PRODUCTO QUE SE MANEJAN?	Si
6	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON ÁREAS DELIMITADAS Y DIFERENCIADAS: ÁREA DE RECEPCIÓN, ALMACENAMIENTO, DISPENSACIÓN Y DE ADMINISTRACIÓN?	Si
7	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTA CON PUERTAS Y VENTANAS QUE GARANTIZAN LA SEGURIDAD DE LOS PRODUCTOS?	Si
8	¿EL ACCESO AL ÁREA DE FARMACIA SE LIMITA SOLO A PERSONAL AUTORIZADO?	Si
9	¿LAS GÓNDOLAS O VITRINAS SE ENCUENTRAN UBICADAS EN FORMA DE U O L - FACILITANDO EL DESPLAZAMIENTO DE PERSONAS Y PRODUCTOS EN EL ÁREA?	Si
10	¿CUENTAN CON TARIMAS PARA LA UBICACIÓN DE LOS PRODUCTOS DE GRAN CANTIDAD Y VOLUMEN?	Si
11	¿LA FARMACIA ESTA CLIMATIZADA Y MANTIENE TEMPERATURA INFERIORES A LOS 30°C?	Si
12	¿EL ÁREA DE FARMACIA CUENTAN CON MESETAS PARA LA PREPARACIÓN DE LOS PEDIDOS?	No
13	¿REALIZA EN LAS DIFERENTES ÁREAS DE FARMACIA EL CONTROL Y REGISTRO DIARIO DE LA TEMPERATURA Y LA HUMEDAD Y DENTRO DE LAS NEVERAS?	Si
14	¿ORGANIZA Y UTILIZA LOS PRODUCTOS SEGÚN METODOLOGÍA PEPE (PRIMERO EN EXPIRAR, PRIMERO EN ENTREGAR)?	Si
15	¿ACTUALIZA DIARIAMENTE LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA DE MEDICAMENTOS E INSUMOS?	No
16	¿SE BARREN Y LIMPIAN LOS PISOS DIARIAMENTE?	Si
17	¿SE ELIMINARON DE FARMACIA LA BASURA Y OTROS DESECHOS (CAJAS , CARTONES)?	Si
18	¿SE REALIZO EL INVENTARIO FÍSICO Y SE ACTUALIZO LAS TARJETAS DE CONTROL DE EXISTENCIA?	Si
19	¿REALIZO LA INSPECCIÓN VISUAL Y CONTROLO LA FECHA DE VENCIMIENTO DE LOS PRODUCTOS?	Si
20	¿SE DAN DE BAJA LOS PRODUCTOS VENCIDOS O DAÑADOS?	Si

**LISTADO DE MEDICAMENTOS TRAZADORES Y PROGRAMAS**

HFE	NOMBRE	PORCENTAJE DE DISPONIBILIDAD			
		CEAS	ARV	TB	PF
		100%		0%	0%
		CONCENTRACION	FORMA FARMACEUTICA	PRESENTACION	SI / NO NO APLICA
TRAZADORES CEAS	Acetilcisteína	100 mg /mL	Inyectable	Ampolla 3 mL	SI
	Ceftriaxona	1 g	Inyectable	Vial	SI
	Bromuro De Ipratropio	0.9mg/3 MI	Solución Inhalación	Frasco	SI
	Cloruro De Sodio	0.9% / 1000 mL	Inyectable	Frasco	SI
	Dexametasona Fosfato	4 mg/mL	Inyectable	Ampolla	SI
	Diclofenaco Sódico	25 mg/mL	Inyectable	Ampolla	SI
	Dinitrato De Isosorbide	5mg	Tableta	Blistér	SI
	Ergometrina Hidromaleato	200 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	SI
	Fitomenadiona (Vit. K)	10 mg/ mL	inyectable	Ampolla	SI
	Furosemda	10 mg/mL	Inyectable	Ampolla 2mL	SI
	Hidralazina Clorhidrato	20 mg	inyectable	Vial	SI
	Ketorolaco Trometamol	30 mg / mL	Inyectable	Ampolla	SI
	Metildopa	500 mg	Tableta	Blistér	SI
	Metronidazol	5 mg/ mL	Inyectable	Ampolla	SI
	Nifedipina Sublingual	10 mg	Tableta	Blistér	SI
	Omeprazol	40 mg / mL	Polvos Para Inyección	Vial	SI
	Oxitocina Sintética	10 UI	Inyectable	Ampolla	SI
	Sulfato De Magnesio	20%	inyectable	Ampolla	SI
	Atropina Sulfato	1mg/ml	inyectable	Ampolla	SI
	Epinefrina (Adrenalina)	1 mg/mL	Inyectable	Ampolla 1mL	SI
	Difenhidramina	10 mg /MI	Inyectable	Ampolla	SI
	Hidrocortisona	100mg/ml	Inyectable	Vial	SI
	Lactato En Ringer	1000 MI	Inyectable	Frasco	SI
	Amikacina	500mg	Inyectable	Vial	SI
	Fenitoina Sódica	250 mg	Inyectable	Vial	SI
	Dextrosa	50%	Inyectable	Vial	SI
	Metoclopramida Clorhidrato	5 mg / MI	Inyectable	Vial	SI
	N Butil Bromuro De Hioscina	20 mg / MI	Inyectable	Ampolla 1mL	SI
	Acetaminofén (Paracetamol)	10 mg /mL	Inyectable	Ampolla	SI
ARV ADULTOS	Abacavir / Lamivudina	600 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	
	Atazavir / Ritonavir	300 mg/ 100mg	Tabletas	Frasco	
	Ritonavir	100mg	Tabletas	Frasco	
	Efavirenz / Lamivudina / Tenofovir Disoproxil Fumarate	400mg/300mg/300mg	Tableta	Frasco	
	Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz	300mg + 200mg + 600mg	Tableta	Frasco	
	Tenofovir / Emtricitabina / Dolutegravir	25mg + 200mg +50mg	Tableta	Frasco	
	Tenofovir / Lamivudina / Dolutegravir	300 mg+ 300mg + 50 mg	Tabletas	Frasco	
	Raltegravir	400mg	Tabletas	Frasco	
	Danuravir	600 mg	Tableta	Frasco	
	Efavirenz	600 mg	Tableta	Frasco	
	Emtricitabina / Tenofovir	200 mg/300 mg	Tableta	Frasco	
	Tenofovir / Lamivudina	300 mg + 300 mg	Tableta	Frasco	
	Dolutegravir	50mg	Tableta	Frasco	

ARV / PEDIATRICO	Abacavir	20 mg/ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL		
	Efavirenz	200 mg	Tableta	Frasco X 30		
	Efavirenz	50 mg	Tableta	Frasco X 30		
	Raltegravir	25mg	Tableta	Frasco		
	Lopinavir / Ritonavir	100 mg + 25 mg	Tableta	Frasco		
	Lopinavir / Ritonavir (Kaletra)	80 mg + 20 mg	Suspensión Oral	Frasco X 120 ML		
	Nevirapina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL		
	Zidovudina	50 mg/5ml	Suspensión Oral	Frasco X 240 mL		
	Zidovudina / Lamivudina	60 mg + 30 mg	Tableta	Frasco		
	Zidovudina / Lamivudina / Nevirapina	60 mg + 30 mg + 50 mg	Tableta	Frasco		
PRUEBAS	Formula Infantil	N/A	Lata	Lata	Si	
	Prueba Sífilis Humana	N/A	N/A	Kit X 50	Si	
	Pruebas Rápidas para HIV (Tamizaje)	N/A	N/A	Kit X 100	Si	
OTROS	Prueba Rápidas de HIV (Confirmatoria)	N/A	N/A	Kit X 20	Si	
	Kit Para Toma de Muestra DNA-PCR	N/A	N/A	N/A		
	Kit para Toma de Muestra de Baciloscopia	N/A	N/A	N/A		
TB - 1RA LINEA	Frascos para Toma de Muestra para Baciloscopia	N/A	unidad	Frasco		
	Etambutol	400 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Etambutol	100 mg	Tableta	Blistér		
	Isoniazida	100 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Isoniazida	300 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Pirazinamida	500 mg	Tableta	Blistér		
	Rifampicina	300 mg	Capsula	Blistér		
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 400 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Rifampicina + Isoniazida	75 mg + 50 mg	Tableta	Blistér (Disp.)		
	Rifampicina + Isoniazida + Pirazinamida	75 mg + 50 mg + 150 mg	Tableta	Blistér (Disp.)		
	Rifampicina + Isoniazida + Etambutol	150 mg + 75 mg + 275 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Rifapentina	150 mg	Tableta	Blistér		
	TB - 2DA LINEA	Ac. Paraminosalicílico	4 gr	Granulado	Sobre	
		Amikacina	500 mg	Solución Inyectable	Ampolla	Si
Amoxicilina/Clavulanto		875/125 Mg	Tableta	Blistér		
Bedaquilina		100 mg	Tableta	Blistér		
Capreomicina vial		1000 mg	Polvo	Frasco		
Cicloserina		250 mg	Capsula	Blistér		
Clofazimina		100 mg	Capsula	Blistér		
Delamanid		50 mg	Tableta	Blistér		
Etionamida		250 mg	Tableta	Blistér		
Imipemen/Cilastatina		500 mg	Polvo	Vial	Si	
Kanamicina		1000 mg	Polvo	Vial		
Levofloxacina		250 mg	Tableta	Blistér		
Levofloxacina		100 mg	Tableta dispersable	Blistér		
Levofloxacina		500 mg	Tableta	Blistér		
Levofloxacina infusión		1000 mg	Solución	Vial	Si	
Linezolid		600 mg	Tableta	Blistér		
Meropenem		500 mg	Polvo	Vial	Si	
Moxifloxacina		100 mg	Tableta	Blistér		
Moxifloxacina		400 mg	Tableta	Blistér		
Pirazinamida		150 mg	Tableta	Blistér		
Pretomanid		200 mg	Tableta	Frasco		
Proteonamida		250 mg	Tableta Recubierta	Blistér		
Vitamina B6		100 Mg 250 Uj	Tableta	Blistér	Si	
INFANCIA FAMILIAR	Acetato de Medroxiprogesterona (Inyectables)	150 mg/ml	Inyección	Vial X 1 mL	Si	
	Etinilestradiol + Levonorgestrel - Píldoras (Ciclos)	0.03 + 0.15 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Levonorgestrel - Minipíldoras (Ciclos)	30 mcg	Comprimido	Blistér	Si	
	Levonorgestrel	0.75 mg	Tableta	Blistér	Si	
	Etonogestrel / Implantes Sub-Dérmicos (Set)	68 mg	Unidad Deposito	Implante	Si	



**SNS** SISTEMA NACIONAL DE SALUD  
 Ficha de Control de Temperatura y Humedad Ambiente  
 2002 (Punto 1, Versión 1)  
 Fecha de actualización: 04/10/20

Región: \_\_\_\_\_  
 Laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Temperatura ambiental: \_\_\_\_\_  
 Temperatura equipo: \_\_\_\_\_

Nombre de la SNC: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del encargado: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_  
 Tipo y # de equipo: \_\_\_\_\_

Mes: Junio Año: 2024 Almacen I

Fecha	Hora	Temperatura				Humedad				Firma	Observación?
		1	2	3	4	1	2	3	4		
21-6-24	7:09	23.9				41.0					
24-6-24	7:09	22.6				41.0					
25-6-24	7:07	22.0				41.0					
28-6-24	7:07	24.9				41.0					
02-7-24	7:02	20.5				42.0					

Observaciones: \_\_\_\_\_

Rango de Temperatura: 15°C - 18°C Rango de Humedad: 30% - 60%

Nombre de la SNC: \_\_\_\_\_  
 Establecimiento de Salud: \_\_\_\_\_  
 Nombre del encargado: \_\_\_\_\_  
 Año: \_\_\_\_\_  
 Tipo y # de equipo: \_\_\_\_\_

Región: \_\_\_\_\_  
 Laboratorio: \_\_\_\_\_  
 Temperatura ambiental: \_\_\_\_\_  
 Temperatura equipo: \_\_\_\_\_

Nombre de la SNC: SERVICIO REGIONAL DE SALUD (SERVIRSA)  
 Establecimiento de Salud: IMBERT  
 Nombre del encargado: AMELIA RODRIGUEZ CAROLINA YARA  
 Año: 2024  
 Tipo y # de equipo: NEVERA

Mes: \_\_\_\_\_ Año: \_\_\_\_\_

Mes	Días	CÁLIDO	Día del mes																															
			1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30		
JUNIO	1	3.1																																
	2	3.2																																
	3	3.4																																
	4	3.5																																
	5	3.6																																
	6	3.7																																
	7	3.8																																
	8	3.9																																
	9	4.1																																
	10	4.2																																
11	4.3																																	
12	4.4																																	
13	4.5																																	
14	4.6																																	
15	4.7																																	
16	4.8																																	
17	4.9																																	
18	5.0																																	
19	5.1																																	
20	5.2																																	
21	5.3																																	
22	5.4																																	
23	5.5																																	
24	5.6																																	
25	5.7																																	
26	5.8																																	
27	5.9																																	
28	6.0																																	
29	6.1																																	
30	6.2																																	

Observaciones: \_\_\_\_\_

Nota: Registrar, entre las 18:00 de la mañana y después registrar, entre las 12:00 de la noche.

Rango de temperatura por día: \_\_\_\_\_









