

	Farmacia	Mod. 0084	Pag. 1 di 1
	Controllo Periodico dei Depositi Decentrati	Parola chiave:	scad farmaci
		Rev. 00	del 16/09/2025

ANNO:		MESE:		GIORNO:	
Reparto/Servizi/Sale Operatorie:					
Farmaci/Presidi che scadono a fine mese	Se sì, elencare di seguito			☐ sì	
	 Eliminato:			☐ sì	
	 Eliminato:			☐ sì	
	 Eliminato:			☐ sì	
Farmaci in scadenza il prossimo mese	☐ sì	☐ no	Se sì, elencare nel retro (se poi sono usati prima della fine del mese tracciare sopra una linea)		
Rotazione scorte:		☐ sì	☐ no		
Assenza di campioni gratuiti:		☐ sì	☐ no		
Rispetto delle modalità di conservazione (luce, temperatura, integrità della confezione):		☐ sì	☐ no		
<i>Indicare anche gli stupefacenti. Per i piani il CS deve avere o una indicazione scritta da parte del Medico di reparto o il Medico deve apporre la propria firma in questo modulo</i>					
Data:		Firma di Chi esegue il controllo:			
Prescrizioni o suggerimenti.....					
Da attuare entro il:					
Data:		Firma Responsabile Servizio.....			
ESITO ISPEZIONE TRIMESTRALE DA PARTE DEL RAQ: ☐ Positivo ☐ Negativo					
Eventuali Azioni.....					
Firma DS:.....					